

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre

Junho de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



• U C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Cláudia Marina Cruz Azenha

QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO EM DIABÉTICOS TIPO II

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade
de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, 2014

Aos meus pais Armando e Maria Emília,
à minha irmã Célia, ao João Pedro e ao Luís,
pelo que me continuam a ensinar

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira pela disponibilidade, dedicação, compreensão e apoio prestados na orientação desta dissertação.

À Unidade de Saúde Familiar de São Julião na Figueira da Foz e aos diabéticos tipo II que participaram no estudo.

Aos meus pais, ao Luís, à Célia, à Rita e aos meus amigos pelo apoio incondicional, incentivo e afeto. Obrigada pela compreensão em momentos de afastamento e ausência.

SIGLAS

DM - Diabetes *mellitus*

IDF - International Diabetes Federation

INE - Instituto Nacional de Estatística

QV - Qualidade de vida

QVRS - Qualidade de vida relacionada à saúde

WHO - World Health Organization

RESUMO

A avaliação da qualidade de vida (QV) e da satisfação com o tratamento são instrumentos cada vez mais utilizados para medir o impacto geral das doenças na vida dos portadores. A diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crónica com um impacto significativo na qualidade de vida e na satisfação com o tratamento. A mensuração destes instrumentos fornece indicadores cada vez mais precisos, que permitirão melhorar a tomada de decisão em contexto de cuidados de saúde e consequentemente levarão a uma gestão mais eficaz da doença.

Foi realizado um estudo quantitativo, transversal, do tipo descritivo-correlacional, com uma amostra de 158 diabéticos tipo II. Com o objetivo de medir a qualidade de vida nos diabéticos tipo II, medir a satisfação com o tratamento recebido nos diabéticos tipo II e verificar qual a relação entre a qualidade de vida, a satisfação com o tratamento e algumas variáveis de carácter sociodemográfico e do ponto de vista clínico.

Os resultados revelaram que a idade, o género, as comorbilidades e a utilização de recursos influenciam a qualidade de vida dos diabéticos tipo II. No que diz respeito à satisfação com o tratamento dos diabéticos tipo II, verificou-se que a idade, as comorbilidades e a utilização de recursos a influenciam. No que concerne à relação entre a satisfação com o tratamento e a qualidade de vida dos diabéticos tipo II, verificou-se que em 14% dos diabéticos inquiridos a melhoria de tratamento influencia de forma positiva a sua qualidade de vida, nomeadamente as suas atividades de vida diárias.

Face ao exposto, considera-se que estes resultados têm potencial de utilidade no planeamento de estratégias com o intuito de auxiliar doentes, prestadores de cuidados de saúde e as próprias instituições provedoras de cuidados de saúde na gestão da diabetes. Traduzindo-se em ganhos para todos os intervenientes.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; Satisfação com o tratamento; Diabéticos tipo II

ABSTRACT

The evaluation of quality of life and treatment satisfaction are instruments increasingly used to measure the overall impact of disease on the lives of patients. Diabetes mellitus is a chronic disease with a significant impact on quality of life and satisfaction with treatment. The measurement of these instruments provides more precise indicators, which will improve the decision making in the context of health care and consequently lead to a more effective management of the disease.

Was performed a cross-sectional study, descriptive-correlational type, with a sample of 158 type II diabetic patients. The objectives of the work are measure the quality of life in type II diabetics, measure satisfaction with the treatment received in type II diabetics and verify the relation between quality of life, satisfaction with treatment and some variables of socio-demographic character and the clinical point of view.

The results showed that age, gender, comorbidities and resource utilization influence the quality of life of type II diabetes. Regarding to satisfaction with the treatment of type II diabetics, it was found that age, comorbidities and resource utilization influence that. On the relationship between satisfaction with treatment and quality of life of type II diabetics, it was found that in 14% of diabetic respondents improving treatment positively influences their quality of life, including their activities of daily living.

Given the above, it is considered that these results have potential utility in planning strategies in order to assist patients, careers and their own health institutions providing health care in the management of diabetes. Translating into gains for all stakeholders.

Keywords: Quality of life; Satisfaction with treatment; Type II diabetics

ÍNDICE DE FIGURAS

pág.

Figura 1: Representação visual estruturada e simplificada das hipóteses de investigação	51
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

pág.

Gráfico 1 - Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra segunda a escala EQ-5D-5L em classes	59
Gráfico 2 - Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra segunda a escala EQ-VAS em classes	60

ÍNDICE DE QUADROS	pág.
Quadro 1. Incidência da Diabetes em Portugal	28
Quadro 2. Óbitos por Diabetes Mellitus em Portugal	28
Quadro 3. Definições de qualidade de vida relacionada á saúde	33
Quadro 4. Análise factorial da secção utilização de recursos	45
Quadro 5. Distribuição dos itens do DHP-18 pelas respectivas dimensões	48
Quadro 6. Análise factorial da secção satisfação	49
Quadro 7. Distribuição dos elementos da amostra segundo caraterísticas sócio-demográficas	54
Quadro 8. Distribuição dos elementos da amostra segundo a Medicação	56
Quadro 9. Distribuição dos elementos da amostra segundo a medicação que tomam para a diabetes	56
Quadro 10. Distribuição dos elementos da amostra segundo as multimorbididades da diabetes presentes e intervenções ou tratamentos	57
Quadro 11. Distribuição dos elementos da amostra segundo a Utilização de Recursos	58
Quadro 12. Distribuição dos elementos da amostra segundo a escala EQ-5D-5L	59
Quadro 13. Distribuição dos elementos da amostra segundo a escala EQ-VAS	60
Quadro 14. Distribuição dos elementos da amostra segundo a escala DHP-18	61
Quadro 15. Distribuição dos indicadores da escala DHP-18	62
Quadro 16. Distribuição dos elementos da amostra segundo a Satisfação	63

Quadro 17. Teste <i>Anova</i> para amostras independentes aplicável à variável qualidade de vida e a idade (classes)	64
Quadro 18. Teste <i>t de Student</i> para amostras independentes aplicável à variável qualidade de vida e o género	65
Quadro 19. Teste <i>t de Student</i> para amostras independentes aplicável à variável qualidade de vida e às comorbilidades	66
Quadro 20. Teste de correlação de <i>Pearson</i> para verificar a relação existente entre a qualidade de vida e as componentes da utilização de recursos	68
Quadro 21. Teste <i>Anova</i> para amostras independentes aplicável à variável satisfação e a idade (classes)	69
Quadro 22. Teste <i>t de Student</i> para amostras independentes aplicável à variável satisfação e o género	69
Quadro 23. Teste <i>t de Student</i> para amostras independentes aplicável à variável satisfação e às comorbilidades	70
Quadro 24. Teste de correlação de <i>Pearson</i> para verificar a relação existente entre a satisfação e as componentes da utilização de recursos	71
Quadro 25. Teste de correlação de <i>Pearson</i> para verificar a relação existente entre os domínios da variável satisfação e as componentes da variável qualidade de vida	72

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1- A PESSOA COM DIABETES MELLITUS	17
1.1- ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL E NACIONAL DA DIABETES	22
1.2- IMPACTO DA DIABETES MELLITUS NA QUALIDADE DE VIDA	30
1.3- IMPACTO DA DIABETES MELLITUS NA SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO	35
PARTE II - OPÇÕES METODOLÓGICAS, RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
2- MÉTODOS	43
2.1- POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
2.2- VARIÁVEIS E INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	44
2.3- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	50
2.4- PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS	52
2.5- TRATAMENTO ESTATÍSTICO	52
3- RESULTADOS	54
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	54
3.1.1- VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	54
3.1.2- VARIÁVEIS CLÍNICAS	55
3.1.3- UTILIZAÇÃO DE RECURSOS	58
3.1.4- QUALIDADE DE VIDA	59
3.1.5- SATISFAÇÃO	63
3.2- DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA	64
3.3- DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO	69
3.4- RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA	72
4- DISCUSSÃO DE RESULTADOS	73
CONCLUSÃO	89

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO I - Questionário referente ao estudo “A satisfação com o tratamento da sua diabetes”

ANEXO II - Autorização concedida para a utilização da escala EQ-5D-5L e DHP-18

INTRODUÇÃO

A prevalência das doenças crónicas tem vindo a aumentar nos países industrializados, não sendo Portugal exceção. Algumas destas doenças implicam pequenas alterações na vida dos doentes, mas existem outras que podem provocar grandes limitações, desencadeando adaptações difíceis, como é o caso da diabetes *mellitus* (Camarneiro e Couto, 2002).

A diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crónica que tomou proporções à escala mundial, disseminou-se por vários países, é transversal aos níveis socioeconómicos da população e está presente em todas as etapas do desenvolvimento humano (Souza *et al.* 1997).

Nas últimas décadas o seu impacto foi-se tornando cada vez maior, muito devido a fatores como a crescente industrialização, aumento da esperança média de vida, maior taxa de urbanização, sedentarismo, obesidade, alterações hábitos alimentares, entre outros (*idem*).

Em 2013 havia mais de 382 milhões de pessoas diabéticas no mundo, número que aumenta a cada dia que passa (IDF, 2013). Tendo em conta a sua rápida progressão, estima-se que em 2035 o número de diabéticos a nível mundial seja de 592 milhões (*idem*).

Na maioria dos países a diabetes é considerada a principal causa de morte prematura, muito devido à multiplicidade de complicações crónicas e agudas que lhe estão associadas (WHO, 1994).

Os gastos em saúde imputados à diabetes em 2013 ascenderam a 10,8% da despesa total em saúde no mundo (IDF, 2013).

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2013), em Portugal a prevalência da diabetes em 2012 atingia 12,9% da população portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde a um total de 1 milhão de indivíduos diabéticos.

A diabetes *mellitus* tipo II representa, segundo a Organização Mundial de Saúde (2013), cerca de 90% da população diabética. Este tipo de diabetes tem-se tornado mais comum, quer em grupos mais idosos, quer em grupos jovens (Silva,

2006). Figuerola (1997) afirma igualmente que este tipo é o mais frequente, incidindo por norma em pessoas obesas e com idade superior a quarenta anos. O pico mais elevado de aparecimento ocorre por volta dos 60 anos de idade, contudo, a muitas pessoas, é-lhes diagnosticada diabetes tipo II após os 40 anos (Pickup e Williams, 1997).

As doenças crónicas impõem alterações significativas no estilo de vida dos doentes, nomeadamente através da forma como interagem com a doença, com o intuito de poder conviver diariamente com esta, mas mantendo uma qualidade de vida elevada (Ribeiro *et al.* 1998).

Relativamente à diabetes, não é a patologia em si que tem um impacto negativo na qualidade de vida, mas sim a frequência e a duração que as complicações que lhe estão associadas provocam (Silva *et al.* 2003).

A necessidade em avaliar a qualidade de vida nestes doentes é premente, uma vez que se trata de indicador muito importante, que permitirá melhorar a tomada de decisão em contexto de cuidados de saúde e consequentemente levará a uma gestão mais eficaz da doença (*idem*).

A satisfação do doente ao longo dos tempos tem vindo a tomar uma importância crescente, é tido em linha de conta no planeamento dos serviços e é usado por profissionais de saúde como uma medida da qualidade de saúde (Alazri e Neal, 2003).

Nos doentes diabéticos a satisfação com o tratamento tem sido associada a vários comportamentos e resultados que têm uma influência direta sobre a sua saúde, mas principalmente sobre a gestão da doença (*Idem*).

Identificar os fatores que influenciam de forma independente a satisfação com o tratamento pode ajudar a melhorar os resultados clínicos, uma vez que permite suprir as necessidades específicas destes doentes, indo melhorar a sua satisfação, tendo assim uma influência positiva sobre outros desfechos clínicos (Biderman *et al.* 2009).

A importância de se estudar a qualidade de vida e a satisfação com tratamento em diabéticos está bem documentada a nível internacional, contudo face à escassez de estudos a nível nacional, considerou-se relevante desenvolver um trabalho que abordasse esta temática.

Neste sentido, desenvolveu-se uma investigação descritiva-correlacional de forma a atingir os seguintes objetivos:

- Medir a qualidade de vida nos diabéticos tipo II;
- Medir a satisfação com o tratamento recebido nos diabéticos tipo II;
- Verificar qual a relação entre a qualidade de vida, a satisfação com o tratamento e algumas variáveis de carácter sociodemográfico e do ponto de vista clínico.

No que respeita à estrutura, o trabalho é constituído por quatro capítulos: enquadramento teórico, métodos, resultados e discussão dos resultados.

O enquadramento teórico tem início com uma abordagem relativa à pessoa com diabetes, enquanto doente crónico. Segue-se uma contextualização internacional e nacional da diabetes. Por fim é introduzido o impacto da diabetes *mellitus* na qualidade de vida e na satisfação com o tratamento e fundamentada a sua importância neste âmbito.

O segundo capítulo reporta-se aos métodos, que se inicia com caracterização da população e amostra, seguindo-se a operacionalização das variáveis e a apresentação do instrumento utilizado na colheita de dados, a apresentação das questões de investigação e hipóteses formuladas, a descrição do processo de colheita de dados e, por fim, as medidas estatísticas utilizadas.

No capítulo seguinte, apresentam-se os resultados obtidos através da análise estatística dos dados recolhidos.

No quarto capítulo é efetuada a discussão dos resultados, à luz da bibliografia disponível e da coerência entre si, levantando novas questões de desenvolvimento e são consideradas as limitações do estudo.

Termina-se com a conclusão, onde para além de destacados os resultados mais significantes, se inferem as implicações para a prática no sentido de melhorar os cuidados centrados nesta patologia.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- A PESSOA COM DIABETES MELLITUS

A Diabetes Mellitus (DM) constitui atualmente a nível mundial um grave problema de saúde pública, não apenas pela sua crescente incidência e prevalência, mas também pela elevada morbilidade e mortalidade que origina (Camarneiro e Couto, 2002).

Segundo os autores supracitados, a DM é uma doença heterogénea, quer na sua predisposição genética, quer na sua especificidade clínica, constituindo um síndrome que é caracterizado por uma deficiente produção, relativa ou absoluta de insulina, a que se pode associar vários graus de insulinoresistência, resultando uma hiperglicémia crónica e alterações do metabolismo lipídico e proteico.

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2013) a DM classifica-se em: tipo I; tipo II; gestacional; anomalias da homeostasia da glicose e outros tipos específicos.

A diabetes *mellitus* tipo II atinge, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2013), cerca de 90% da população diabética, sendo que, nos países desenvolvidos, a maioria das pessoas com esta patologia, se enquadra numa faixa etária superior à idade da reforma, por seu lado, nos países em vias de desenvolvimento o grupo etário mais susceptível situa-se entre os 35 e 64 anos. Este tipo de diabetes tem vindo a tornar-se muito comum, quer em grupos mais idosos, quer em grupos jovens (Silva, 2006). Figuerola (2003) afirma igualmente que este tipo é o mais frequente, incidindo por norma em pessoas obesas e com idade superior a 40 anos.

O pico mais elevado de aparecimento ocorre por volta dos 60 anos de idade, contudo a muitas pessoas é-lhes diagnosticada diabetes tipo II após os 40 anos (Pickup e Williams, 1997). A mesma posição é defendida pela Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, salientando que a prevalência da diabetes tipo II aumenta com a idade.

Em relação à origem da diabetes tipo II, Gross *et al.* (2002) salientam que esta é genética (associada a aspetos multigenéticos ainda não totalmente estudados) e associada a alterações ambientais, estando frequentemente relacionada com

estilos de vida, atitudes e comportamentos, tais como, o tabagismo, a falta de exercício físico e os hábitos alimentares desregrados, que conduzem na maioria das vezes à obesidade.

É importante realçar que os fatores genéticos parecem, todavia, determinar a maior parte da susceptibilidade à diabetes tipo II (Silva, 2006).

Na caracterização dos diabéticos tipo II salienta-se o facto de apresentarem peso excessivo (principalmente à custa de gordura depositada no abdómen) e, em alguns casos, serem mesmo obesos; realizarem pouco exercício físico e ingerirem calorias em excesso, para aquilo que o organismo consome na atividade física, tendo, com frequência, hipertensão arterial e por vezes colesterol e triglicéridos elevados no sangue (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2012).

Na diabetes do tipo II, o pâncreas é capaz de produzir insulina. Todavia, a alimentação incorreta e a vida sedentária, associada à prática deficitária ou ausência de exercício físico, tornam as células resistentes à ação da insulina (insulinorresistência), obrigando o pâncreas a trabalhar mais, até que a insulina que produz deixa de ser suficiente, surgindo assim a diabetes (*idem*).

As pessoas com diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações. Desta forma, o principal objetivo do tratamento é evitar as repercussões clínicas das alterações metabólicas inerentes à patologia. Estas repercussões, que ocorrem devido à diabetes, dividem-se em complicações agudas e crónicas (Camarneiro e Couto, 2002). Ruas (2003) salienta que as complicações agudas da diabetes são, essencialmente, as situações de coma. Podem ocorrer três tipos de coma: coma diabético ou coma por cetoacidose, coma hipoglicémico e coma hiperosmolar.

Porém, Silva (2006) evidencia que o principal problema clínico desta patologia reside nas suas complicações crónicas, na medida em que praticamente não existe nenhum órgão ou sistema orgânico que não possa ser afetado. As complicações crónicas, na diabetes tipo I, só se tornam aparentes após sete a dez anos de evolução da doença e, no caso da diabetes tipo II, o diagnóstico da patologia é frequentemente obtido mediante o seu aparecimento (Camarneiro e Couto, 2002).

Ruas (2003) refere que as complicações tardias da diabetes ocorrem ao nível das artérias e do sistema nervoso periférico. Às alterações que ocorrem nas artérias denomina-se de angiopatia diabética, nomeadamente microangiopatias nos pequenos vasos arteriais e macroangiopatias nos grandes.

Microangiopatias

A microangiopatia é característica da diabetes, verificam-se alterações nas paredes das arteríolas e capilares, específicas desta doença (Ruas, 2003). Cassmeyer (1995) salienta que a microangiopatia diabética é caracterizada pelo espessamento da membrana basal capilar e dos pequenos vasos, ocorrendo em todos os órgãos. Contudo as consequências mais graves são observadas nos olhos e nos rins, designando-se por retinopatia e nefropatia, respectivamente.

A retinopatia é das complicações mais temidas pelos doentes diabéticos, visto que as lesões da retina podem diminuir muito a visão e levar mesmo à cegueira (Silva *et al.* 2003).

Segundo alguns estudos epidemiológicos, após vinte anos de evolução da diabetes, mais de 90% de diabéticos tipo I e mais de 60% de diabéticos tipo II têm retinopatia (Raposo, 2002). Esta é, segundo Vinagre (2002), a principal causa de cegueira e de diminuição da visão em adultos com idade compreendidas entre os 20 e os 74 anos.

A retinopatia diabética consiste então, numa progressiva destruição dos pequenos vasos da retina (Ruas, 2003). Inicialmente, a visão poderá não estar alterada sendo bastante importante um rastreio sistemático desta.

Além da complicação referida, a diabetes pode provocar igualmente paralisia transitória dos músculos oculares externos, alterar a sensibilidade da córnea, desenvolver cataratas, alterar a transparência do interior do olho e provocar alterações do nervo óptico (Vinagre, 2002).

Na opinião de Raposo (2002), existem vários fatores que podem agravar a retinopatia, tais como, a proteinúria, a hipertensão arterial, as dislipidémias e o tabagismo.

As pessoas com diabetes devem prevenir ao máximo o aparecimento desta complicação através da autovigilância e autocontrolo dos valores da glicémia,

cumprindo os esquemas terapêuticos e sendo vigiados regularmente em consultas de oftalmologia (*Idem*).

As alterações de microangiopatia nos rins determinam a nefropatia diabética (Ruas, 2003). Esta complicação pode ser diagnosticada precocemente pelo doseamento da microalbuminúria. Normalmente, a quantidade de albumina que se elimina através da urina é insignificante, porém, quando surge nefropatia diabética, a quantidade aumenta, mas somente para valores possíveis de detetar por métodos muito sensíveis: o que se designa por microalbuminúria (*Idem*). Numa fase inicial, a nefropatia é reversível mediante um melhor controlo metabólico, com a normalidade da tensão arterial e um regime alimentar hipoprotéico rigoroso (Camarneiro e Couto, 2002).

Caso a nefropatia avance, chega-se à fase de insuficiência renal, em que a tensão arterial se eleva, bem como a urémia e a creatininémia sanguínea, verificando-se proteinúria e os rins podem deixar mesmo de funcionar (Ruas, 2003). O doente terá então que começar a fazer hemodiálise e, posteriormente poderá necessitar de transplantação renal (*Idem*).

A neuropatia resulta de lesões nos nervos, provocando atrofias musculares, perturbações da mobilidade e alterações da sensibilidade, nomeadamente, a perda de sensibilidade dolorosa e térmica. A diminuição da sensibilidade ao nível dos membros inferiores aumenta o risco de ferimentos por traumatismo e queimaduras. É a complicação mais comum na pessoa com diabetes (Gagliardi, 2003).

Podem ocorrer, em simultâneo, alterações ao nível dos nervos do sistema nervoso autónomo (neuropatia autónoma), que são responsáveis pela enervação dos vasos sanguíneos. Estas alterações ocorrem de forma progressiva e lenta, afetando o controlo da bexiga, funções sexuais, trato gastrointestinal, mecanismos de sudção e reflexos cardiovasculares (Cassmeyer, 1995).

Macroangiopatias

Em relação a esta complicação crónica, as lesões dos grandes e médios vasos apresentam uma evolução lenta e progressiva, que levam à redução do seu

calibre, sendo designada de aterosclerose, cuja principal causa é a deposição de lípidos nas suas paredes, que crescem e formam placas, reduzindo o calibre dos vasos, o que irá dificultar a progressão do sangue, a passagem de oxigénio e nutrientes (Ruas, 2003). Segundo Baksi, *cit.* Camarneiro e Couto (2002), a aterosclerose é mais frequente em jovens diabéticos do que nos jovens que não têm a doença, estando também associada a este tipo de complicações a doença das coronárias, a estenose das artérias renais e a doença cerebrovascular. Também se associa a doença vascular periférica, que caso não seja vigiada e tratada, pode levar à amputação de dedos ou membros inferiores (Cassmeyer, 1995).

Quando à diabetes se associam outros fatores de risco, como a hiperlipidémia, a hipertensão arterial, a obesidade e o tabagismo, o aparecimento de doença coronária e o risco de enfarte do miocárdio aumenta significativamente. Convém, ainda frisar que a hipertensão e a diabetes são doenças inter-relacionadas, que, uma vez não sendo tratadas, aumentam o risco de doença vascular aterosclerótica e nefropatia diabética (Gross *et al.* 2002).

Tratamento

Em relação ao tratamento da diabetes *mellitus*, o seu objetivo primordial passa pela compensação ou controlo metabólico e, consequente, prevenção das complicações agudas e prevenção ou atraso no desenvolvimento das complicações crónicas (Silva, 2006).

No estado atual da ciência, a diabetes não é curável, pelo que a abordagem terapêutica pode, em sentido lato, ser entendida como um meio de tentar corrigir as alterações metabólicas que representam perigo imediato para a vida do diabético ou uma ameaça lenta ao seu estado de saúde, sendo possível colocar o doente, algumas vezes, em situação de quase normalidade (Gross *et al.* 2002).

O tratamento requer um equilíbrio entre a alimentação realizada, o exercício físico, a administração de insulina e/ou a toma de antidiabéticos orais, bem como uma frequente automonitorização dos níveis de glicose sanguínea, autocuidados que variam com o tipo de diabetes e de pessoa para pessoa (Cox *et al. cit.* Silva *et al.* 2003).

A alimentação deve ser equilibrada e racional, pouco diferindo da que deverá fazer uma pessoa que não tenha diabetes, ou seja, não deverá consistir numa alimentação sujeita a uma restrição severa (American Diabetes Association, *cit.* Silva, 2006).

Em relação à insulinoterapia, esta é utilizada principalmente no tratamento da diabetes tipo I, podendo porém ser igualmente utilizada na diabetes tipo II, quando se verifica que os antidiabéticos orais e o regime alimentar associado ao emagrecimento não possibilitam o controlo da situação metabólica (Silva, 2006). O esquema terapêutico também varia conforme a idade e o tipo de diabetes (I ou II) (Camarneiro e Couto, 2002).

Os antidiabéticos orais são agentes terapêuticos que diminuem a glicémia por estimulação da secreção de insulina pelas células β do pâncreas, aumentando a sua sensibilidade periférica e estão indicados no tratamento da diabetes tipo II, em conjunto com as alterações no estilo de vida e o combate ao sedentarismo (*Idem*).

O equilíbrio pretendido entre a alimentação, a medicação e o exercício físico é fulcral no tratamento da diabetes. Para que tal aconteça, o quotidiano dos diabéticos terá de sofrer frequentemente, profundas alterações das atividades de vida diária, havendo necessidade de uma grande e contínua responsabilidade, a partir do momento em que o diagnóstico da patologia é efetuado (Silva, 2006).

1.1- ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL E NACIONAL DA DIABETES

A diabetes é uma doença crónica, que está cada vez mais presente na nossa sociedade, a sua prevalência aumenta de forma exponencial com a idade, abrange todas as faixas etárias e não distingue géneros.

Segundo dados da *International Diabetes Federation* (IDF) a cada dia que passa o número de diabéticos no mundo aumenta, em 2013 estava presente em mais de 382 milhões de pessoas. A sua evolução é silenciosa, daí que, dos números acima mencionados cerca de 46% das pessoas ainda não obtiveram diagnóstico (*idem*).

Considerada por muitos como uma pandemia, a diabetes encontra-se em franca ascensão e disseminação por todo o mundo. É uma doença com uma rápida progressão, em 2035 prevê-se que o número de diabéticos a nível mundial seja de 592 milhões, representado um aumento de 55% na população abrangida pela patologia (*ibidem*).

Em muitos dos países assolados pela diabetes, ainda se julga de forma errada, que esta atinge maioritariamente as classes sociais mais favorecidas. Este argumento tem sido erradamente utilizado e prejudica o modo como se processa o financiamento necessário para combater o flagelo. A IDF (2013) vem contrapor esta ilusão, afirmando que cerca de 80% dos diabéticos são oriundos de países pobres ou em vias de desenvolvimento, acrescenta ainda, que as pessoas socialmente mais desfavorecidas, impreterivelmente do país onde habitam, são as mais vulneráveis à doença.

De acordo com dados desse relatório, atualmente os países onde se verifica um elevado crescimento desta pandemia situam-se no Médio Oriente, Pacífico Ocidental, África Subsariana e Sudeste Asiático, onde o desenvolvimento económico veio transformar estilos de vida.

O crescente desenvolvimento que ocorreu nestes países, proveniente da industrialização e globalização deu origem a uma transformação na área da saúde, nomeadamente através do surgimento de novas patologias. Contudo, estes centros populacionais não têm recursos suficientes para salvaguardar a saúde da sua população face a esta mutação.

A IDF prevê que até ao final de 2013, a diabetes tenha sido a causa de morte de 5,1 milhões de pessoas no mundo. Caso não se tomem medidas com o intuito de alcançar uma ação concertada, cujo objetivo seja a prevenção da diabetes, em menos de 25 anos haverá 592 milhões de pessoas diabéticas, sendo que a maioria das situações seria de todo evitável.

Os dados mais recentes do IDF fornecem um indicador preocupante sobre o impacto da diabetes no futuro, onde esta surgirá como uma das principais ameaças ao desenvolvimento global. É crucial que haja uma abordagem multisectorial abrangente através de programas de prevenção e de gestão eficaz

da doença, caso contrário, estas projeções alarmantes tornar-se-ão a realidade de amanhã.

De acordo com WHO (1994) a diabetes tipo II é o tipo de diabetes mais predominante, representa 85% a 95% de todas as diabetes presentes em países considerados desenvolvidos, também é responsável pelas percentagens elevadas que os países pobres e em vias de desenvolvimento apresentam.

Na maioria dos países a diabetes deve o seu aumento às rápidas mudanças culturais e sociais que atualmente se processam, como o envelhecimento da população, a crescente industrialização, mudanças nos estilos e hábitos de vida, nomeadamente na dieta, atividade física reduzida e comportamentos pouco saudáveis (*idem*).

Apesar do impacto da diabetes se verificar predominantemente em áreas urbanas, todas as transformações acima mencionadas têm conduzido a que esta, rapidamente se torne numa das principais preocupações de saúde nas comunidades rurais, em países pobres e em vias de desenvolvimento. Nenhum país se encontra atualmente à margem da epidemia da diabetes, contudo os territórios mais pobres e desfavorecidos apresentam maiores carências quando confrontados com esta pandemia (IDF, 2013).

Relativamente à prevalência da diabetes no mundo, segundo a IDF (2013) atualmente existem 382 milhões de diabéticos, ou seja, cerca de 8,3% da população mundial é diabética. Destes, cerca de 80% é oriunda de países pobres e em vias de desenvolvimento. Esta tendência de crescimento a continuar, levará a que em 2035, cerca de 592 milhões de pessoas sejam diabéticas, ou seja, um adulto em cada dez, terá diabetes. Isso equivale a que surjam cerca de três novos casos a cada dez segundos, ou seja, quase 10 milhões por ano.

As regiões onde se verifica atualmente uma exponencial transformação económica, que origina mudanças de hábitos e estilos de vida, serão o palco do maior aumento de ocorrências (*idem*).

No que concerne à faixa etária e segundo as projeções do IDF (2013) quase metade de todos os adultos com diabetes no mundo têm idades compreendidas entre os 40 e 59 anos. Mais de 80% dos 184 milhões de pessoas com diabetes

situados nessa faixa etária residem em países pobres ou em vias de desenvolvimento.

Quanto à distribuição dos diabéticos no que diz respeito ao género, há pouca diferença nos números globais apresentados em 2013 ou 2035. Há mais 14 milhões de diabéticos do género masculino em relação ao género feminino (198 milhões do género masculino em oposição a 184 milhões do género feminino). No entanto, essa diferença deverá aumentar para 15 milhões (303 milhões do género masculino em oposição a 288 milhões do género feminino) em 2035 (*idem*). A diabetes é considerada na maioria dos países como a principal causa de morte prematura, devido à multiplicidade das complicações crónicas e agudas que lhe estão associadas (WHO, 1994).

O aparecimento de patologias do foro cardiovascular e respectivas complicações, deve-se muitas das vezes à forte associação com a diabetes. Estas surgem como uma das principais causas de morte entre as pessoas diabéticas (*idem*).

Em 2013 aproximadamente 5,1 milhões de pessoas com idades compreendidas entre 20 e 79 anos morreram devido à diabetes, estes números revelam que 8,4% do total de causas de morte no mundo nesta faixa etária se deveu à diabetes e que a cada seis segundos ocorreu uma morte. A título comparativo, esta percentagem assemelha-se à magnitude da mortalidade associada às inúmeras doenças infecciosas, que hoje ainda são a grande prioridade da saúde pública (IDF, 2013).

Cerca de 48% das mortes por diabetes ocorrem em pessoas com idade inferior a 60 anos, sendo que, o maior número de óbitos tem lugar em países cuja taxa de prevalência é maior: China, Índia, Estados Unidos da América e Rússia (*idem*).

As despesas de saúde resultantes dos encargos associados à diabetes são um fardo muito pesado. Estas incluem custos diretos como gastos em cuidados médicos obtidos através dos sistemas de saúde, bem como custos indiretos através da rede de suporte do próprio diabético, nomeadamente aspetos psicossociais e familiares.

Os gastos na área da saúde com a diabetes foram, em 2013 responsáveis por 10,8% da despesa total em saúde no mundo. 90% dos países abrangidos por

este relatório destinaram entre 5% e 18% da sua despesa total em saúde para diabetes (IDF, 2013).

A nível mundial em 2013 foram alocados 581 mil milhões de dólares ao tratamento da diabetes e respectivas complicações associadas. Em média por cada diabético foram gastos cerca de 1522 dólares no tratamento e gestão da sua doença (*idem*).

Nos países pobres e em vias de desenvolvimento estes custos económicos são suportados em grande parte ou na totalidade pelos diabéticos e pelas suas famílias, uma vez que não têm acesso a seguros de saúde nem aos serviços médicos disponíveis gratuitamente.

As disparidades da resposta do mundo à epidemia são enormes, verifica-se que apesar de 80% das pessoas com diabetes viverem em países pobres e em vias de desenvolvimento, apenas 20% da despesa mundial em saúde destinada à diabetes foi feita nesses países (*ibidem*).

De acordo com o relatório supracitado a nível europeu, verifica-se a cada dia que passa um crescente envelhecimento da população. Este fator conduz a um aumento do risco em vir a desenvolver diabetes e consequentemente aumentará a despesa ao nível dos sistemas de saúde.

Quanto à prevalência da diabetes na Europa estima-se que se localize nos 56,3 milhões, ou seja 8,5% da população adulta. A Turquia apresenta a maior prevalência (14,8%) e a Rússia tem o maior número de pessoas com diabetes (10,9 milhões). Os países com o maior número de pessoas diabéticas são, na maior parte da Europa Ocidental, incluindo a Alemanha, Espanha, Itália, França e o Reino Unido.

Cerca de 37% da população europeia tem mais de 50 anos e esta percentagem tem tendência a aumentar para mais de 44% em 2035. Sendo a idade um importante fator de risco para o desenvolvimento da diabetes tipo II o crescente envelhecimento da população europeia irá contribuir para o agravamento desses números (IDF, 2013).

Relativamente à taxa de mortalidade, a causa de morte de um em cada dez adultos na Europa deve-se à diabetes, em 2013 verificaram-se cerca de 619 mil óbitos. A grande maioria (90%) dessas mortes ocorreu em diabéticos com mais

de 50 anos, o que reflete, em parte, a distribuição etária da população, mas também pode estar relacionado com melhores taxas de sobrevivência, tendo em conta que os sistemas de saúde possuem uma capacidade de resposta mais adequada à patologia.

O mesmo relatório refere que em 2013, no continente europeu foram gastos cerca de 147 biliões de dólares em saúde direcionados à diabetes, estes números representam que, mais de um quarto da despesa de saúde global foi destinada à diabetes.

A nível europeu os números posicionam Portugal entre os países que apresentam uma das mais elevadas taxas de prevalência da diabetes. Os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2012), relativos ao ano 2010, indicam que Portugal é o terceiro país que apresenta maior prevalência nesta patologia.

Em Portugal e de acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2013), a prevalência da diabetes em 2012 era de 12,9% da população portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que correspondia a um total de cerca de 1 milhão de indivíduos. Destes, prevê-se que 56% já tenham sido diagnosticados e 44% ainda não obtiveram diagnóstico.

Tendo em conta o género, verifica-se que existem diferenças significativas relativamente à distribuição da prevalência da diabetes. No género masculino, 8,4% dos diabéticos está diagnosticado e 15,4% corresponde ao total com e sem diagnóstico. Quanto ao género feminino verifica-se que 6,2% dos diabéticos têm diagnóstico e 10,6% corresponde à totalidade com e sem diagnóstico (Gardete-Correia, L. *et al.* 2010).

A faixa etária compreendida entre os 60-79 anos é a que se encontra mais fustigada com esta patologia, tendo em conta que um quarto da população portuguesa integra esta classe, o envelhecimento traduz-se num aumento dos números da diabetes (*idem*).

Quando analisamos as características género e idade em simultâneo, a faixa etária dos 60-79 anos mantém a prevalência mais elevada e o género masculino também (*ibidem*).

Em Portugal ao longo da última década, tendo em conta a taxa de incidência, verifica-se um crescimento acentuado e consequentemente assustador, do número de novos casos diagnosticados por 100 mil indivíduos, contudo no ano 2012, verificou-se um decréscimo nos valores registados.

Quadro 1. Incidência da Diabetes em Portugal

	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de novos casos por 100.000 indivíduos	377,4	362,9	485,9	606,4	460,8	511,1	581,9	571,1	623,5	651,8	500,9

Fonte: Médicos Sentinela

Tendo em conta as inúmeras complicações associadas à diabetes, esta assume-se como um fator significativo nas causas de morte e no último ano verificou-se um crescimento relativo da sua importância. Segundo dados do Instituto Nacional de estatística (INE), e desde que os registos são realizados em suporte informático, 2012 é o ano em que se efetuou o registo do maior número de óbitos devidos a esta patologia (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013).

Quadro 2. Óbitos por Diabetes Mellitus em Portugal

	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº óbitos por DM	3133	4546	4482	4569	3729	4392	4267	4603	4744	4536	4867
% da DM no Total de Óbitos	3,0%	4,2%	4,4%	4,3%	3,7%	4,2%	4,1%	4,4%	4,5%	4,4%	4,5%

Fonte: INE: Óbitos por causa de Morte – Portugal

Nesse mesmo ano, por cada óbito a diabetes representou cerca de sete anos de vida perdida, na população com idade inferior a 70 anos. Nos últimos 5 anos verificou-se um decréscimo significativo do número de anos potenciais de vida perdida por DM em Portugal (-15%).

A diabetes devido às suas inúmeras interações negativas com sistemas e órgãos está associada a uma série de complicações crónicas. Atualmente constitui-se como uma das principais causas de morte em Portugal, sobretudo porque em conjunto com outras doenças graves, como a doença coronária e o acidente vascular cerebral, vai potenciar o risco de ocorrência das mesmas (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013).

As complicações crónicas implicam custos, estes podem ser emocionais devido ao sofrimento que causa no diabético, à rede familiar e de apoio do mesmo, mas acima de tudo acarretam enormes custos económicos. Estes custos são imputados aos cuidados de saúde, à perda de rendimentos do diabético, à perda de produtividade e aos custos associados às oportunidades perdidas que potenciarão o desenvolvimento económico, em suma, aos encargos económicos para a sociedade em geral (*idem*).

De acordo com o relatório em análise os custos que esta doença representou em 2012, correspondem entre 50-60% do total da despesa em saúde, cerca de 1250 -1500 milhões de euros, estes valores sofreram um acréscimo de 50 milhões de euros em relação ao ano transato. De acordo com despesa identificada através da Estrutura da Despesa de Saúde em Diabetes – Estudo CODE-2 representa 0,8-0,9% do PIB português em 2012 e cerca de 8-9% da despesa em saúde em 2012.

Apesar de todas as projeções apontarem para uma evolução muito negativa da patologia, atualmente já detemos o conhecimento e experiência para começar a projetar um futuro mais promissor para as gerações vindouras. Devemos criar consciências principalmente nas crianças e adolescentes da importância de uma alimentação saudável e do exercício físico. O trabalho deve iniciar-se nestas faixas etárias para que optem por estilos de vida saudáveis.

Estas medidas tomam um carácter de urgência quando falamos em países pobres e em vias de desenvolvimento, visto serem aqueles que menos estão capacitados para enfrentar esta pandemia, cujo desenvolvimento terá um rescaldo catastrófico.

É fulcral que os profissionais ao nível dos cuidados de saúde primários recebam formação e transmitam informação adequada, uma vez que estarão na linha da frente do combate à diabetes.

1.2- IMPACTO DA DIABETES MELLITUS NA QUALIDADE DE VIDA

A cada dia que passa, verifica-se que a esperança média de vida da população aumenta, aspeto que determina que as doenças se tornem cada vez mais crónicas e aumentem a procura de cuidados de saúde. Aliada a esta conjuntura encontra-se a componente tecnológica na prestação de cuidados de saúde que, está cada vez mais exigente e avançada.

Esta realidade inquestionável engloba transformações demográficas e epidemiológicas, que conduzem a um envelhecimento da população, consequentemente geram um acréscimo de patologias do foro crónico, conduzindo a uma necessidade premente de garantir de forma direta ou indireta a qualidade de vida (QV) do ser humano (Pereira *et al.* 2006).

A diabetes faz parte desta panóplia de doenças crónicas, originadora de uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade, devido ao elevado número de complicações agudas e sobretudo crónicas, que lhe estão associadas e que consequentemente terão um impacto considerável na QV dos doentes/portadores (Ferreira, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a QV foi definida como “a perceção do individuo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (1995, p. 1405). Entende-se como um conceito marcado pela subjetividade e pela multidimensionalidade, uma vez que engloba os elementos essenciais à condição humana, como a componente física, psicológica, social, cultural ou espiritual (Vecchia *et al.* 2005).

O termo QV tem vindo a ser alvo de debate e de múltiplas tentativas de conceptualização. Todas as definições apresentadas na literatura consultada tem em comum conceitos de subjetividade, complexidade e multidimensionalidade, estas características levam a que se torne difícil e complexo obter uma definição que seja consensual.

No que concerne à subjetividade, entende-se como a forma de o próprio percecionar o estado de saúde, incluindo também aspetos não direccionados à área clínica, mas que fazem parte do seu contexto de vida. Trata-se de uma

perspetiva individual, ou seja, a forma como o indivíduo avalia a sua dinâmica/situação pessoal no diz respeito às várias dimensões relacionadas com a qualidade de vida (Seidl e Zannon, 2004).

Quanto à multidimensionalidade, considera-se o facto de o termo QV ser composto por diferentes dimensões, envolvendo diversos sectores e áreas do ser humano (*idem*).

Berlim e Fleck (2003) acrescentam que inerente ao conceito de QV está uma grande amplitude e ambiguidade, cuja extensão vai muito além da componente física, englobando a componente psicológica, social, o estado de saúde percebido, bem como a própria satisfação de uma forma global com a vida. Os autores supracitados reforçam o carácter subjetivo do termo QV, uma vez que pode significar diferentes aspetos consoante a pessoa, estando dependente de múltiplos fatores culturais, económicos ou sociais, que interagem com o indivíduo. Na mesma linha de pensamento Pais Ribeiro (2007), refere que a expressão QV é vulgarmente utilizada pelos indivíduos no discurso informal, assim sendo, é-lhe atribuído um significado acima de tudo do foro individual e da perceção, obtido através de valores e experiências inerentes à complexidade do ser humano, deste modo, tende a assumir uma multiplicidade de definições.

Para Lopez *et al.* (1996) a QV não deve ser encarada como um processo estático, mas como algo que é mutável pela variável tempo, que se encontra em constante mudança e reflete as expectativas de vida.

Na mesma linha de pensamento, Schwartzmann (2003), considera a QV um processo dinâmico e em constante transformação, que inclui interações contínuas do indivíduo com o seu meio envolvente. Assim sendo, a QV de uma pessoa com uma determinada patologia resulta da interação reproduzida pela doença e sua evolução, da personalidade do doente, do suporte social percebido e efetivamente recebido, do grau de mudança na vida do portador que inevitavelmente a patologia produz, e ainda, da etapa de vida em que a doença se instala e desenvolve.

Cada vez mais a QV, tem vindo a ser alvo de análise e de estudos aprofundados, uma vez que constitui uma variável importante para a prática clínica e uma importante técnica de investigação na área da saúde. Permite avaliar e predizer

efeitos de intervenções e por consequência verificar qual o seu impacto no bem-estar físico, psicológico e social dos doentes (Vecchia *et al.* 2005).

A avaliação da QV deve sustentar-se nas percepções e expectativas dos indivíduos, refletindo sobretudo a avaliação subjetiva do bem-estar e englobando o carácter multidimensional do conceito (Muldoon *et al.* 1998).

Apesar de automaticamente quando pensamos em QV associarmos e este termo “estado de saúde”, Bradley *et al.* (2002), distingue-os. Este entende por estado de saúde a dimensão com a qual o individuo sente que a sua saúde está bem ou mal. Por QV a dimensão com a qual a pessoa avalia a sua vida como sendo boa ou má, percebendo a saúde como um dos muitos domínios da QV e não como um sinónimo desta.

Jacobson (2004) contraria esta posição, enfatizando que a QV se encontra relacionada com a saúde enquanto construto que se centra nos efeitos da doença, nos sintomas, tratamentos, estando implícito que após o diagnóstico, a saúde passa a ser considerada pelo doente, como um dos aspetos mais importantes da sua existência. Esta perspectiva leva a que em contexto de cuidados de saúde os conceitos de saúde e QV possam ser utilizados como sinónimos.

O termo qualidade de vida relacionado à saúde é muitas vezes referido na literatura, como detentor de objetivos semelhantes ao conceito generalista de QV, contudo parece envolver aspetos diretamente relacionados com as patologias ou relativamente às intervenções de saúde (*idem*).

Ao avaliar-se a QV de indivíduos com determinada doença, coloca-se como elemento central do estudo a saúde dos mesmos. Especificamente o que se irá avaliar é a forma como os diversos domínios da pessoa são influenciados pelas características da patologia. De acordo com esta perspetiva a QV é denominada de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS).

De acordo com vários autores, existem diferentes definições para a QVRS, conforme exposto no quadro 3. No entanto todos eles convergem para a mensagem de que a QVRS é considerada uma avaliação multidimensional que o próprio faz sobre o impacto da sua doença, no seu tratamento, nas componentes psicológicas, emocionais e sociais (Seidl e Zannon, 2004).

Quadro 3. Definições de qualidade de vida relacionada à saúde

Qualidade de Vida relacionada à saúde	Autor
- É a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspetos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde.	Guiteras e Bayés, 1993 p. 179
- Refere-se aos vários aspetos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida.	Cleary, Eilson e Fowler, 1995, p.91
- É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde.	Patrick e Erickson (1993) citados por Ebrahim (1995), p. 1394

Fonte: Adaptado de Seidl e Zannon (2004)

Segundo Ribeiro *et al.* (1998), a doença crónica impõe alterações significativas no estilo de vida dos doentes, nomeadamente na forma como interagem com a doença, com o intuito de poder conviver diariamente com esta, mas mantendo uma qualidade de vida elevada.

Desta forma ao direcionar o conceito de QV para a área da saúde, Pais Ribeiro (2007), pretende dar a conhecer o impacto que a vivência, conhecimento de uma determinada patologia e do seu tratamento produzem no doente. Neste sentido, a QVRS procura entender de que forma os seus inúmeros domínios são influenciados quer pelo tipo de patologia, quer pelo tratamento a que o individuo é submetido (*idem*).

Silva (2011) acrescenta que a QV dos indivíduos portadores de patologia crónica está dependente das representações sociais dessa doença, como os juízos de valor, crenças acerca de causas e consequências, preconceitos, da autoapreciação que o doente faz, das emoções desenvolvidas, dos sintomas e tratamentos.

Neste sentido, a QV do doente crónico depende do seu nível de adaptação à doença, ao tratamento e aos seus efeitos. Com o intuito de se complementar o conceito de QV dos diabéticos, há que ter em conta um vasto leque de dimensões, como apoio social, alterações fisiológicas, atividade laboral, o bem-estar, a depressão, o stress psicológico, assim como a sua satisfação com o tratamento e a sua perceção técnica e de carácter social da importância do controlo da diabetes (Ferreira, 2012).

De acordo com Silva *et al.* (2003) a investigação realizada tem fomentado a ideia de que ser portador de uma doença crónica não é incompatível com o fato de se ter uma boa saúde. Relativamente à diabetes, não é a própria patologia em si que tem um impacto negativo na qualidade de vida, mas sim a frequência e os transtornos que os seus sintomas provocam (*idem*).

Segundo o autor supracitado, muitos doentes consideram que a diabetes aumentou o prazer que têm com a comida, o seu desempenho físico, sentem-se mais motivados para alcançar o sucesso, de forma a provar que conseguem alcançar os seus objetivos mesmo sendo diabéticos. A doença levou-os a perceber que a adoção de estilos de vida saudáveis permitirá que venham a alcançar a fase da terceira idade de forma mais equilibrada e tendo uma vida mais longa, o que consequentemente reduziu as suas preocupações quanto ao futuro (*ibidem*).

Segundo Aguiar *et al.* (2008) até à data os determinantes da QV nos diabéticos continuam indefinidos. O mesmo, de forma consensual afirma que a DM influencia a QV dos doentes. Nos vários estudos consultados pelo autor, verificou-se que os diabéticos apresentam menor qualidade de vida do que doentes sem esta patologia. Contudo os aspetos que especificamente estão envolvidos nesta diferença não se encontram definidos com clareza. Porém é do conhecimento geral que um enorme número de variáveis pode influenciar a QV dos diabéticos, como o tipo de DM, uso de insulina, idade, complicações associadas, nível social, fatores psicológicos, etnia, educação, conhecimento sobre a doença, tipo de assistência, entre outros (*idem*).

Toda esta complexidade que está inerente aos diabéticos leva a que a avaliação da QV seja constantemente inserida em estudos clínico-epidemiológicos nestes doentes. Deste modo, permite que haja uma reflexão de uma forma mais generalizada e abrangente, sobre o estado de saúde e de bem-estar deste grupo tão heterógeno de doentes (*ibidem*).

Através de toda a exposição realizada pode-se afirmar que a mensuração da qualidade de vida nestes doentes revela ser um indicador muito importante, que permite avaliar, planear e modificar intervenções. Estas irão auxiliar no tratamento

de uma doença crónica, cujo principal problema reside nas complicações que tem associadas, cujo espectro é espantosamente alargado.

Cabe aos prestadores dos cuidados de saúde com o auxílio do doente, gerir esta multiplicidade de aspetos referentes à sua patologia, com o intuito de alcançar a melhor qualidade de vida possível, permitindo adaptar-se à sua nova condição.

1.3- IMPACTO DA DIABETES MELLITUS NA SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO

Atualmente a missão de qualquer prestador de serviços passa por ir de encontro à satisfação do cliente. Apesar de diariamente convivermos com o termo satisfação, a informação existente em Portugal quando nos direcionamos para área da saúde é escassa.

Porém a nível internacional já nos deparamos com estudos desenvolvidos no âmbito desta questão, estes revelam que doentes satisfeitos estão mais predispostos a alcançar uma melhor qualidade de vida (Esperidião, 2006).

De acordo com o autor supracitado, são várias as pesquisas que dão ênfase ao exposto. Segundo estas, os doentes que manifestam um aumento da satisfação com o cuidado recebido, são seguidores do tratamento implementado, fornecem informações privilegiadas ao prestador de cuidados de saúde e continuam a utilizar os serviços de saúde.

Segundo Alves (2003), a satisfação encontra-se relacionada com a obtenção de resultados, exprimindo um certo grau de realização. Assim sendo, a satisfação resulta da comparação entre aquilo que era esperado e o que foi recebido. De acordo com o mesmo autor, mas no que se refere aos cuidados de saúde, a satisfação resulta dos cuidados adquiridos tendo em conta as expectativas de cada doente.

São inúmeras as características utilizadas para tentar definir a satisfação, entre elas, o elevado grau de complexidade, multidimensionalidade, de difícil mensuração, de certo modo incontornável, direcionada para as expectativas do utente relativamente aos cuidados recebidos, mas acima de tudo constitui-se

como um indicador individual de qualidade e efetividade dos cuidados (Hespanhol, 2008).

O facto do termo satisfação ser complexo, vago e fluido, muitas vezes definido e redefinido leva a que o mesmo nem sempre seja compreendido pelo doente no contexto da sua busca e consequente avaliação dos cuidados de saúde (Collins e Nicholson, 2002).

São algumas as fontes teóricas que abordam a satisfação como sendo uma variável causal, a mesma induz o doente na procura de cuidados médicos e, em simultâneo, o mesmo espera obter um resultado dessa experiência (Esperidião, 2006).

Segundo Wartman *et al.* (1983) a exposição acima, engloba duas vertentes na avaliação da satisfação. No primeiro cenário espera-se que haja uma satisfação geral com o sistema de saúde, havendo efetividade (garantia de utilização). No segundo caso, a satisfação surge como determinante do retorno do doente ao serviço de saúde (garantia de retorno), que pode refletir-se em ganhos consideráveis na continuidade do tratamento, traduzindo-se num aumento da efetividade terapêutica e consequentemente numa maior adesão aos procedimentos recomendados.

De acordo com Esperidião (2006), o conceito de satisfação é abrangido e utilizado por diversas dimensões dos serviços de saúde, originando que o mesmo verifique uma perda de utilidade analítica. Esta situação deve-se ao facto da mensuração da satisfação no doente assumir funções distintas, consoante os diferentes propósitos. Esta conjuntura é justificada pela frágil conceituação teórica do termo, já referida anteriormente.

A literatura conferiu-lhe dois tipos distintos de funções: uns estudos indicam que seria para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, outros para descrever os serviços na perspetiva dos doentes. Quando se trata de avaliar a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde, a vertente mais utilizada e fundamentada é a que se direciona na avaliação da qualidade dos serviços de saúde (*idem*).

É evidente o esforço no sentido de fundamentar teoricamente o conceito de satisfação, contudo a variedade de conceitos formulados até então, veio revelar as muitas dificuldades no sentido de construir um modelo teórico estável e

consensual. O mesmo autor afirma que a falta de consenso entre os inúmeros pesquisadores traduz uma baixa validação externa das teorias formuladas. Outro fator condicionante é o facto de muitas das teorias existentes, não terem sido testadas pelos autores, e muitas das vezes, quando foram, foram alvo de contradições, levado a uma ausência de consistência interna (*ibidem*).

Segundo Donabedian (1984), quando se trata de avaliar a qualidade, a satisfação insere-se na componente relacional entre doentes e prestadores de cuidados de saúde. Este reforça que a avaliação da qualidade dos serviços insere duas dimensões, nas quais se encontra a performance técnica dos colaboradores (profissionais de saúde) com o objetivo de potencializar os benefícios da prestação de cuidados e outra dimensão que abrange a componente relacional com o doente. Segundo o mesmo, a avaliação da qualidade no âmbito da saúde pode ocorrer em três etapas: estrutura (recursos utilizados pelo serviço), processo (procedimentos levados a cabo com o intuito de solucionar os problemas dos utentes) e resultados (estado de saúde resultante da interação do indivíduo com os recursos de saúde).

De acordo Vuori (1987) e Oliveira (1992) a satisfação do doente insere-se na componente dos resultados, uma vez que, está diretamente relacionada com a efetivação dos cuidados, implicando um ganho específico, neste caso, a saúde.

Biderman *et al.* (2009) adicionam informação à referência supracitada, mencionando que especificamente a satisfação no âmbito do tratamento se encontra na componente do processo, sendo utilizada como um importante indicador de qualidade na “arte do cuidar”. O autor acrescenta que a satisfação com o tratamento está diretamente relacionada e influencia de forma positiva a percentagem de adesão às indicações terapêuticas que consequentemente geram melhores resultados clínicos.

A evidência demonstra que a satisfação e as suas diversas dimensões são parte integrante nos cuidados de saúde, mas acima de tudo confirma que a melhoria da qualidade se traduz num acréscimo de satisfação nos utentes (Vaz, 2008).

Concretamente no que concerne à área da saúde, não é de todo fácil encontrar uma definição consensual e avaliá-la torna-se ainda mais complexo, uma vez que permanece uma visão dicotómica relativamente aos contextos e noções dos

cuidados de saúde. Por um lado a perspectiva referente aos profissionais em conjunto com a administração dos serviços de saúde e por outro a perspectiva dos doentes (*idem*).

A avaliação da satisfação nesta área permitirá compreender e explorar quais os aspetos que os consumidores de cuidados de saúde valorizam (*ibidem*).

Segundo Guimarães (2009) os doentes satisfeitos, tendem a cumprir de forma mais adequada o regime terapêutico, procuram manter a atividade, de uma forma global sentem-se melhor com o seu estado de saúde, tendencialmente recomendam e não formalizam reclamações nos serviços de saúde.

Na visão de Ferreira *et al.* (2005) os doentes insatisfeitos com os cuidados de saúde recebidos, de forma gradual não seguem as indicações médicas, não recorrem aos cuidados de saúde para realizar tratamentos, logo apresentam melhorias pouco significativas, uma vez que não se verifica continuidade dos cuidados.

Segundo Biderman *et al.* (2009) a satisfação com o tratamento é um fator muito importante a ter em conta e com um impacto decisivo na qualidade do cuidar, especialmente no tratamento dos doentes portadores de doenças crónicas, nomeadamente na diabetes *mellitus*. Através da identificação de fatores, que de forma independente influenciam a satisfação dos doentes com o tratamento recebido, poder-se-á melhorar a prestação de cuidados, consequentemente obter melhores resultados clínicos, como a melhoria na adesão terapêutica, indo melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Para as instituições prestadoras de cuidados de saúde a satisfação com o tratamento em doentes crónicos é um indicador fundamental para avaliar a qualidade dos cuidados recebidos. Uma vez que permite alcançar de forma mais eficaz métodos, bens e serviços, tratamentos, estabelecer decisões e orientações sobre tratamentos, avaliar resultados, identificar problemas, maximizar êxitos que originem ganhos em saúde e paralelamente incrementar de forma positiva a imagem dos cuidados de saúde (Guimarães, 2009).

A satisfação dos doentes em relação ao seu tratamento é um indicador de qualidade nas instituições de saúde, permite compreender quais as reações às

políticas de saúde instituídas e avaliar até que ponto se verifica uma melhoria da qualidade em detrimento da sua aplicação (Neves, 2002).

A opinião do utente é essencial no sentido em que permite monitorizar a qualidade dos serviços prestados, identificar e corrigir eventuais problemas e potenciar uma reorganização dos serviços de saúde (McIntyre e Silva, 2002).

Nas últimas décadas têm surgido algumas teorias acerca do tema em causa, contudo no que se refere a instrumentos de mensuração da satisfação traduzidos e validados para a língua portuguesa o deserto de informação reina. Tal situação deve-se em parte ao facto de que a maioria dos utentes de um serviço de saúde expressar de forma imediata o seu apreço ou insatisfação mediante a prestação de cuidados (Neves, 2002).

Segundo Bachelet (1995) citado por Cunha *et al.* (1997:1) “apesar do grande esforço empreendido no desenvolvimento de consistentes modelos para sustentar os procedimentos que envolvem as investigações relacionadas à satisfação de clientes, menor ênfase tem sido dado no que se refere à elaboração de esquemas de mensuração”.

Numa tentativa de perceber como os doentes avaliam a questão da satisfação com os cuidados de saúde prestados, Williams *et al.* (1998), construíram um modelo. Verificaram que os doentes efetuam o processo de avaliação, tendo em conta a auto-perceção que possuem de quais são os deveres preconizados para os serviços de saúde em causa mediante o problema de saúde apresentado. Caso não se verifique esta obrigatoriedade no cumprimento do dever, avaliam se o serviço foi o culpado pela sua má-experiência.

Através deste modelo pode-se perceber o porque das altas taxas de satisfação apresentadas pelas diversas pesquisas realizadas em serviços de saúde. Os autores referem que o facto do utilizador dos serviços de saúde, demonstrar satisfação com a prestação de cuidados, não reflete uma avaliação positiva, uma vez que estes sentem-se satisfeitos independentemente da qualidade do serviço recebida. Somente manifestam insatisfação em situações extremamente negativas. Logo a satisfação, através deste ponto de vista, não demonstra a qualidade do cuidado prestado, mas sim, que este não foi muito prejudicial (*idem*).

Carr-Hill (1992) acrescenta que, os modelos disponíveis para avaliar a satisfação dos doentes são demasiado simplistas, uma vez que não têm em linha de conta a relação médico-doente e os doentes apresentam-se de forma passiva face ao serviço prestado.

Deve problematizar-se todo este cenário que engloba a satisfação dos doentes e estes devem participar de forma ativa no processo avaliativo (Aspinal *et al.* 2003). Biderman *et al.* (2009) acrescentam que os inúmeros fatores que influenciam a satisfação com o tratamento são difíceis de avaliar devido às inter-relações existentes entre os mesmos. Refere que os estudos realizados anteriormente no âmbito desta temática se focam apenas na mensuração de apenas um ou de alguns parâmetros.

Muitos estudos enveredaram por perceber a complexidade do termo satisfação, compreendendo qual a sua relação com as variáveis que a determinam, contudo os resultados encontrados na literatura divergem relativamente à relação entre a satisfação dos doentes e as suas características pessoais. Um estudo levado a cabo por Weiss (1988) subdivide os fatores determinantes da satisfação em quatro grupos: **características dos doentes**, inclui variáveis sócio-demográficas, expectativas dos doentes em relação à consulta médica e o seu estado de saúde atual; **características dos profissionais de saúde** que prestam cuidados de saúde, nomeadamente traços personalidade, qualidade técnica e competências no cuidar; os **aspetos da relação médico-doente** e as **condições estruturais e ambientais**, nomeadamente o acesso, forma de pagamento, duração tratamento, marcação de consulta, entre outros.

São alguns os autores que mencionam o facto da faixa etária idosa ter tendência a avaliar de forma mais positiva os cuidados prestados, comparativamente com outros grupos etários, uma vez que com a idade acresce a necessidade de cuidados e as expectativas são mais moderadas (Hespanhol, 2005 *cit* por Guimarães, 2009).

Melo (2005) refere que o nível de satisfação do doente depende de vários fatores, entre eles a qualidade dos cuidados, a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde e o próprio perfil psicológico do doente.

De acordo com Falcão (2004), impreterivelmente dos indicadores de qualidade utilizados, a informação sobre a satisfação do doente deverá ser indispensável para avaliar a qualidade, planeamento e gestão dos serviços de saúde. Esta avaliação é fundamental uma vez que dá informação acerca do sucesso do prestador e é uma importante medida da qualidade dos cuidados.

A satisfação dos doentes com o seu tratamento, provida através dos sistemas de cuidados de saúde é decisiva para a eficiência e qualidade dos cuidados que lhe são prestados (*idem*).

Atualmente já se encontra alguma documentação, relacionada com a temática em causa, satisfação com o tratamento, que vem demonstrar a importância da investigação e dos estudos realizados nesta área. São já várias as instituições de saúde com projetos elaborados e implementados no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, através da criação de instrumentos de mensuração da satisfação do doente com tratamento.

Nesta investigação, um dos objetivos passa por mensurar e estudar as variáveis que de forma independente ou dependente estão relacionados com a variável satisfação com o tratamento, numa amostra extraída de uma população de diabéticos tipo II. Ao identificarmos e estudarmos os parâmetros que se encontram de alguma forma alterados, poderemos auxiliar o sistema provedor de cuidados de saúde a esta população. No sentido de fornecer estratégias o mais direcionadas possível e focando-se especificamente no cerne da problemática, a fim de melhorar a satisfação do doente e possivelmente influenciar os resultados clínicos.

A avaliação da satisfação com o tratamento, tornou-se num fator emergente e em simultâneo dominante no mercado dos cuidados de saúde, uma vez que, implicitamente trás à discussão a necessidade constante de mensuração da qualidade de cuidados de saúde recebidos. A premissa de garantia de qualidade é a cada dia que passa uma exigência ambicionada pelos recetores dos cuidados. E cada vez mais se torna evidente que parte fundamental da garantia dessa mesma qualidade passa por avaliar o cuidado, através da componente satisfação com o tratamento.

PARTE II – OPÇÕES METODOLÓGICAS, RESULTADOS E DISCUSSÃO

2- MÉTODOS

Com este estudo pretende-se (i) medir a qualidade de vida dos doentes diabéticos tipo II, (ii) medir a satisfação com o tratamento recebido e (iii) verificar qual a relação entre a qualidade de vida, a satisfação com o tratamento e algumas variáveis de carácter sócio-demográfico e do ponto de vista clínico.

Atendendo à natureza dos objetivos definidos, a investigação desenvolvida enquadra-se na investigação quantitativa de tipo descritivo-correlacional e transversal.

Este capítulo reporta-se à descrição dos tópicos metodológicos considerados, no sentido de obter resposta face à problematização inicial que motivou o desenvolvimento deste estudo. Neste sentido, serão descritas as características da população e da amostra. Posteriormente especificam-se as variáveis em estudo, o instrumento utilizado na colheita de dados e são apresentadas as questões de investigação e hipóteses formuladas. Por último, descreve-se o processo de colheita de dados, indicam-se e justificam-se as técnicas e medidas estatísticas adotadas.

2.1- POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo da investigação realizada é constituída pelos diabéticos tipo II. Por razões de acessibilidade selecionou-se uma amostra de utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar de São Julião, da Figueira da Foz, que frequentava a consulta de diabetologia. Estão inscritos nesta Unidade de Saúde Familiar 576 diabéticos.

Definiu-se como critério de inclusão apenas compreender e interpretar os itens das escalas aplicadas e as questões colocadas.

O processo de constituição da amostra foi o da amostragem por conveniência, tendo sido inquiridos os doentes que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos, à medida que ocorriam ao local de consulta, durante o período de tempo necessário até se atingir o tamanho de amostra pretendido e que fosse representativo da população em estudo. Teve-se em conta a lista de

diabéticos tipo II (obtida através do ficheiro informático existente na Unidade Familiar de São Julião, Figueira da Foz) que tinham marcação na consulta de diabetologia, no período de 4 de Setembro a 20 Dezembro de 2013. A amostra foi constituída por 158 diabéticos que cumpriam os critérios de inclusão definidos. A aplicação do instrumento de colheita de dados foi efetuada mediante o consentimento dos diabéticos, garantindo-se a confidencialidade e tendo em conta as condições anteriormente definidas.

2.2- VARIÁVEIS E INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

As variáveis consideradas no presente estudo derivaram das questões de investigação que posteriormente serão mencionadas. Deste modo, consideram-se como variáveis centrais à investigação a qualidade de vida dos doentes diabéticos tipo II e a satisfação com o tratamento. De acordo com o papel que exercem nesta investigação, a satisfação com o tratamento é a variável dependente e a qualidade de vida a variável independente, bem como as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e escolaridade) e de carácter clínico (comorbilidades, utilização de recursos e medicação).

O instrumento de colheita de dados utilizado corresponde a um questionário organizado em seis secções distintas (Anexo I): (i) utilização de recursos, (ii) medicação, (iii) satisfação, (iv) comorbilidades, (v) avaliação da qualidade de vida através do *Diabetes Health Profile* (DHP-18) em conjunto com o EQ-5D-5L e a EQ-VAS. Por último constam as questões de resposta fechada para obter informação acerca das variáveis sócio-demográficas.

Passamos de seguida à apresentação de uma forma mais detalhada, de cada uma das secções.

Dados sócio-demográficos

Relativamente às características sócio-demográficas foram consideradas a idade, o género, o estado civil dos indivíduos (casado/a com registo; casado/a sem registo – união de facto; solteiro/a; viúvo/a; divorciado/a; separado/a) e a escolaridade (não sabe ler nem escrever; só sabe ler e escrever; 1º ciclo do

ensino básico (1º - 4º ano) / antiga 4ª classe; 2º ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / antiga 6ª classe / ciclo preparatório; 3º ciclo do ensino básico (7º - 9º ano) / curso geral dos liceus; ensino secundário (10º - 12º ano) / curso complementar dos liceus; ensino médio; ensino superior).

Medicação

Relativamente à variável medicação, optou-se por fazer uso dos princípios ativos da medicação que os diabéticos tomam, devido à múltipla diversidade da nomenclatura comercial dos fármacos. De forma a simplificar a leitura do quadro os medicamentos foram agrupados.

Comorbilidades

Para analisar a secção das comorbilidades, manteve-se o agrupamento por sistemas presente no inquérito (Olhos/Visão; Coração/Problemas Circulatórios; Problemas urinários, bexiga ou rins; Problemas com os pés ou pernas). Analisou-se o peso que a presença destas multimorbilidades representa para os diabéticos.

Utilização de recursos

Para construir índices, de forma a melhor interpretar os resultados encontrados, procedeu-se à análise factorial da secção utilização de recursos, esta técnica permite a simplificação dos dados, reduzindo o número de variáveis a analisar. Obtiveram-se três componentes (quadro 4):

Quadro 4. Análise factorial da secção utilização de recursos

	Componentes		
	1	2	3
Fez a sua última análise à urina	0,961	-0,021	0,088
Fez a sua última análise ao colesterol	0,961	-0,021	0,088
Fez análise à hemoglobina A1c	0,791	-0,081	-0,099
Verifica regularmente os seus pés para detectar alterações	-0,124	0,789	0,203
Verifica regularmente a sua glicose	0,023	0,719	-0,333
Foi a um nutricionista	0,062	0,172	0,701
Foi a um oftalmologista	-0,020	-0,288	0,662

1- Análises laboratoriais (constituída pelas questões: Há quanto tempo fez análise à hemoglobina A1c; Há quanto tempo fez a sua última análise ao colesterol; Há quanto tempo fez a sua última análise à urina);

2- Seguimento em casa (constituída pelas questões: Verifica regularmente a sua glicose; Verifica regularmente os seus pés para detetar alterações);

3- Seguimento por outras especialidades (constituída por: Há quanto tempo foi a um oftalmologista; Há quanto tempo foi a um nutricionista).

Assim, de futuro quando se mencionar a variável utilização de recursos, abordaremos as componentes análises laboratoriais, seguimento em casa e seguimento por outras especialidades.

Qualidade de vida

A avaliação da qualidade de vida é uma medida cada vez mais utilizada para que se possa medir o impacto que, de uma forma geral as doenças determinam na vida dos indivíduos (Aguilar *et al.* 2008). De acordo com o mesmo autor, a diabetes *mellitus* é uma doença de carácter crónico, com uma elevada taxa de comorbilidades que por consequência, leva a um decréscimo da qualidade de vida.

Com o intuito de se efetuar uma avaliação o mais abrangente possível do estado de saúde da população em estudo, neste caso em específico, da qualidade de vida nos doentes com diabetes tipo II, recorreu-se à aplicação de um instrumento genérico (EQ-5D-5L + EQ-VAS) em conjunto com um instrumento específico (DHP-18).

O *EuroQol-5D* é um instrumento genérico multidimensional, que avalia o estado de saúde, detêm um elevado grau de fiabilidade e sensibilidade uma vez que se traduz numa melhoria na capacidade de discriminar entre os diferentes níveis de saúde (Hout *et al.* 2012) e permite obter informação sobre o impacto do estado de saúde do indivíduo na sua vida e na sua qualidade de vida (Ferreira *et al.* 2013). O seu preenchimento é realizado em poucos minutos e não exige elevado grau cognitivo. É composto por duas partes, a primeira corresponde a um sistema descritivo de saúde do indivíduo e uma segunda parte com a avaliação da própria saúde a partir de uma escala visual analógica (Grupo EuroQol, 1990).

No seu formato original – EQ-5D-3L – apresenta uma escala visual analógica e cinco perguntas, cada uma com três alternativas de resposta. Porém muitos estudos encontraram efeitos de teto, com frequências altas do padrão de resposta ótimo (11111). Por essa razão, foi desenvolvido um questionário modificado, mantendo os cinco domínios, mas deu-se uma ampliação do número de possíveis respostas dos 3 para os 5, chamado de EQ-5D-5L (Hinz *et al.* 2013).

O sistema descritivo mede cinco dimensões de saúde (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor ou mal-estar e ansiedade ou depressão), cada uma delas com cinco níveis de gravidade (1- não tenho problemas; 2- problemas ligeiros; 3- problemas moderados; 4- problemas graves e 5 -problemas extremos). Este sistema permite descrever um total de $5^5 = 3125$ estados de saúde distintos. O padrão de 11111, por exemplo, indica o melhor estado de saúde. Cada padrão pode ser convertido numa única pontuação resumo que representa a utilidade associada a esse padrão (*idem*).

O EQ-5D-5L permite o cálculo de índices genéricos cardinais de saúde, que representam o valor (intensidade de preferências) atribuído ao estado de saúde, podendo ser utilizado em avaliações económicas de custo-utilidade (Ferreira *et al.* 2013).

Para analisarmos os resultados obtidos através da aplicação da escala utilizou-se o somatório das cinco questões, de acordo com a sugestão de Hinz *et al.* (2013), uma vez que ainda não há um algoritmo que permita calcular o índice de utilidade para a EQ-5D-5L.

Na escala visual analógica (EQ-VAS), é apresentada a figura de um termómetro, na qual o indivíduo assinala o valor correspondente ao seu estado de saúde atual, numa escala de 0 a 100, em que 0 representa o pior estado de saúde imaginável e 100, o melhor, sendo o valor assinalado escrito numa caixa disposta ao lado da escala. Este valor deverá ser utilizado em conjunto com as cinco dimensões, com o intuito de precisar o estado de saúde do indivíduo (*idem*).

Na análise desta escala, fez-se uso dos valores absolutos, que foram assinalados pelos inquiridos.

No que concerne à aplicação de instrumentos específicos no âmbito da qualidade de vida nos doentes diabéticos, utilizou-se o Perfil de Saúde da Diabetes (ou

Diabetes Health Profile), cujo objetivo passa por medir e avaliar a disfunção psicossocial e comportamental em indivíduos com diabetes. O *Diabetes Health Profile* (DHP) é constituído pela DHP-1 desenvolvido especificamente para diabéticos insulino-dependentes e pela DHP-18 para diabéticos tipo II.

O DHP-1 trata-se de um questionário elaborado por Meadows *et al.* em 1996 para diabéticos tipo I, contém 32 itens organizados em três domínios: barreiras à atividade; desinibição na alimentação e tensão psicológica. O DHP-18 trata-se de uma adaptação do DHP-1 com o intuito de ser utilizado em diabéticos tipo II, apresenta apenas 18 itens, agrupados após análise factorial nas mesmas dimensões que a escala que lhes deu origem, conforme exposto no quadro 5.

Quadro 5. Distribuição dos itens do DHP-18 pelas respectivas dimensões

Dimensões	Itens	Pontuação
Tensão psicológica (6)	6, 8, 15, 16, 17, 18	0 a 3
Barreiras à atividade (7)	1, 2, 3, 4, 11, 13, 14	0 a 3
Desinibição na alimentação (5)	5, 7, 9, 10, 12	0 a 3

Relativamente à escala que o originou foram retirados os itens que não se aplicavam na diabetes tipo II, assim como os itens com baixas taxas de respostas. Cada item apresenta uma pontuação de 0 a 3, estes valores são somados nas respectivas dimensões a que pertencem e transformados de forma a produzir uma pontuação que irá de 0 sem disfunção a 100. É um instrumento de medição de preenchimento rápido, cerca de dez minutos, realizado pelo próprio. Demonstra alta fiabilidade, validade e sensibilidade (Diabetes profile patient research, 2013).

Satisfação

Com o intuito de complementar o conceito de qualidade de vida do doente diabético e de fornecer um novo instrumento de avaliação e mensuração da satisfação dos doentes diabéticos com o tratamento procedeu-se à validação da secção da satisfação do questionário sobre a História da Diabetes, concebido pela Universidade de Michigan - Centro de Investigação e Formação de Michigan (1998), com a tradução para a língua portuguesa e revisão pelo CEISUC (Centro

de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra). Na sua versão original o questionário tem como objetivo fornecer mais informação sobre os doentes diabéticos. Serviu como guia orientador à construção deste instrumento de colheita de dados. Foram tidos em conta itens considerados importantes na análise da população diabética em estudo após o seu enquadramento à realidade da população portuguesa. Todo este conjunto de ações foi levado a cabo com o intuito de direcionar o questionário aos objetivos da investigação. Além disto houve necessidade de se adaptar a estrutura para não se tornar demasiado extensivo e exaustivo. Este instrumento de pesquisa foi concebido para ser autoadministrado.

Após a análise factorial nesta secção, obtiveram-se três componentes normalizadas (quadro 6):

Quadro 6. Análise factorial da secção satisfação

	Componentes		
	1	2	3
Informação dos diferentes prestadores de cuidados de saúde sobre o seu tratamento e os seus últimos exames	0,957	0,100	-0,098
Comunicação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, tendo em conta o seu tratamento	0,941	0,082	-0,045
Informação sobre o passo/etapa seguinte no seu tratamento	0,917	0,187	-0,127
Saber a quem perguntar quando teve dúvidas sobre a sua saúde	0,883	0,079	0,002
O tratamento para a diabetes que tenho recebido nos últimos anos é quase perfeito	0,075	0,897	-0,025
Estou muito satisfeito com o tratamento que recebo para a diabetes	0,181	0,859	-0,124
A maioria das pessoas recebe um tratamento para a diabetes que poderia ser melhor	-0,117	-0,028	0,857
Existem aspetos no tratamento da diabetes que eu recebo que poderiam ser melhores	-0,019	-0,109	0,856

1- Satisfação com a informação (constituída por: Informação sobre o passo/etapa seguinte no seu tratamento; Informação dos diferentes prestadores de cuidados de saúde sobre o seu tratamento e os seus últimos exames; Comunicação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, tendo em conta o seu tratamento; Saber a quem perguntar quando teve dúvidas sobre a sua saúde);

2- Satisfação com o tratamento (constituída por: Estou muito satisfeito com o tratamento que recebo para a diabetes; O tratamento para a diabetes que tenho recebido nos últimos anos é quase perfeito);

3- Melhoria de tratamento (constituída por: A maioria das pessoas recebe um tratamento para a diabetes que poderia ser melhor; Existem aspetos no tratamento da diabetes que eu recebo que poderiam ser melhores).

Assim sendo, quando se mencionar a variável satisfação, abordaremos os índices satisfação com a informação, satisfação com o tratamento e melhoria de tratamento.

2.3- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O desenvolvimento do processo de investigação orientou-se no sentido de dar resposta às seguintes questões de investigação e hipóteses:

Questões de investigação:

Q1: Quais os determinantes da qualidade de vida nos diabéticos tipo II?

Q2: Quais os determinantes da satisfação com o tratamento nos diabéticos tipo II?

Q3: Qual a relação entre a qualidade de vida e a satisfação com o tratamento nos diabéticos tipo II?

O conceito de qualidade de vida para esta tese engloba as escalas provenientes dos instrumentos de medição EQ-5D-5L, EQ-VAS e DHP-18, sendo que a DHP-18 é composta pela dimensão tensão psicológica, barreiras à atividade e desinibição na alimentação.

Os determinantes da qualidade de vida utilizados foram as variáveis sócio-demográficas, variáveis clínicas e a variável utilização de recursos. Relativamente às variáveis sociodemográficas só foram selecionadas a idade e o género que foram analisados de forma separada. Quanto às variáveis clínicas analisou-se

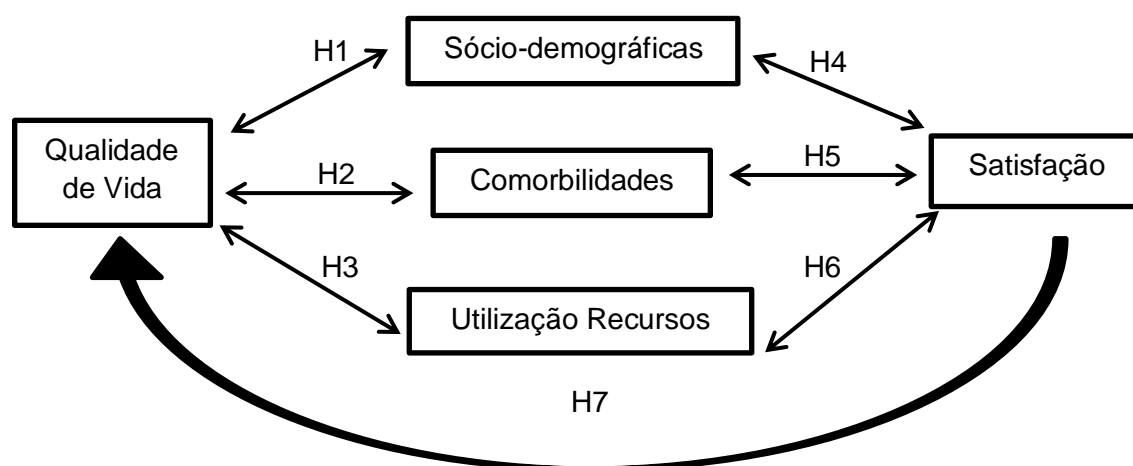
apenas as comorbilidades agrupadas em sistemas: olhos/visão; coração/problemas circulatórios; problemas urinários, bexiga ou rins e problemas com os pés ou pernas. No que diz respeito à variável utilização de recursos utilizou-se as componentes análises laboratoriais, seguimento em casa e seguimento por outras especialidades

O conceito de satisfação para esta investigação resulta das dimensões satisfação com a informação, satisfação com o tratamento e melhoria de tratamento.

Os determinantes da satisfação utilizados foram os mesmos que na qualidade de vida.

Neste estudo considerou-se pertinente colocar as seguintes hipóteses que visam dar resposta às questões de investigação formuladas:

Figura 1: Representação visual estruturada e simplificada das hipóteses de investigação



H1: Existe diferenças entre a qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas?

H2: Existe diferenças entre a qualidade de vida e as comorbilidades?

H3: Verifique se há associação entre a utilização de recursos e a qualidade de vida?

H4: Existe diferenças entre a satisfação e as variáveis sócio-demográficas?

H5: Existe diferenças entre a satisfação e as comorbilidades?

H6: Há relação entre a satisfação e a utilização de recursos?

H7: Há relação entre a satisfação e a qualidade de vida?

2.4- PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados foi sujeito a um pré-teste aplicado a 10 diabéticos tipo II, na Unidade de Saúde Familiar de S. Julião, na Figueira da Foz. A realização do pré-teste teve como finalidades: treinar o investigador na abordagem aos doentes na colheita de dados da forma mais imparcial possível e detectar falhas ou dificuldades na compreensão e preenchimento do questionário. Após a aplicação do mesmo, não se verificou necessidade de proceder a alterações.

O processo de colheita de dados teve início com um pedido informal ao Diretor Clínico da Unidade de Saúde Familiar de São Julião. Posteriormente foi solicitada formalmente autorização, para aplicar o questionário aos doentes diabéticos tipo II inscritos naquela unidade de saúde.

Após resposta positiva ao pedido, foram aplicados os questionários na consulta de Diabetologia na Unidade de Saúde Familiar de São Julião de 4 de Setembro a 20 Dezembro de 2013, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados pessoais dos indivíduos, bem como das suas respostas. A participação dos inquiridos teve por base o seu consentimento e colaboração voluntária, após informados e esclarecidos relativamente aos objetivos do estudo. De referir que os inquiridos preencheram as escalas com ajuda mínima, estritamente quando necessária.

2.5- TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Com o intuito de responder às questões de investigação e alcançar os objetivos propostos, para a interpretação dos resultados obtidos, utilizou-se a análise descritiva e inferencial.

Os dados obtidos foram processados no programa de estatística SPSS® - *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 21.0 for Windows).

Como medidas de estatística descritiva foram calculadas as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Os

dados de caracterização da amostra foram apresentados em quadros contendo as distribuições de frequências absolutas (n) e percentuais (%).

As respostas às hipóteses de investigação formuladas foram obtidas através da análise inferencial, pelos testes paramétricos: coeficiente de correlação de *Pearson* (r); teste t de *Student* para amostras independentes (diferença de médias entre dois grupos); teste *ANOVA One-way* (unifactorial) para comparação de três ou mais grupos independentes, tendo em conta o teorema do limite central, para cálculo de diferença de médias com um nível de significância de $p < 0,05$ e um intervalo de confiança de 95%.

3- RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados da análise estatística dos dados recolhidos, de acordo com os objetivos, de modo a realizar inferências estatísticas que permitam dar respostas às questões de investigação e hipóteses formuladas.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

3.1.1 - VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Relativamente às características sócio-demográficas (quadro 7) foram consideradas o género, a idade, o estado civil e a escolaridade.

Quadro 7. Distribuição dos elementos da amostra segundo características sócio-demográficas (n=158)

		N	%
Género	Feminino	77	48,7
	Masculino	81	51,3
Idade	[30-50[	10	6,3
	[50-70[	70	44,3
	[70-90]	78	49,4
	Mínimo	38	
	Máximo	90	
	Moda	65	
	Média	69,5	
	Desvio Padrão	10,5	
Estado Civil	Casado/a com registo	111	70,2
	Solteiro/a	8	5,1
	Viúvo/a	29	18,4
	Divorciado/a	8	5,1
	Separado/a	2	1,3
Escolaridade	Sem escolaridade	20	12,7
	1º ciclo do Ensino Básico	83	52,5
	2º ciclo do Ensino Básico	16	10,1
	3º ciclo do Ensino Básico	16	10,1
	Ensino Secundário	13	8,2
	Ensino Médio	2	1,3
	Ensino Superior	8	5,1

Dos inquiridos que colaboraram no estudo, verificou-se que a maioria dos diabéticos é do género masculino (81; 51,3%).

Os indivíduos têm idades compreendidas entre 38 e 90 anos e a idade mais frequente é de 65 anos. Após a análise da variável idade em classes verificou-se a faixa etária com maior representatividade é a compreendida entre os 70 e os 90 anos com 49,4%.

Em relação ao estado civil, verifica-se que a maioria dos inquiridos é casado (70,2%).

Relativamente ao grau de escolaridade, o que apresenta maior frequência é 1º ciclo do Ensino Básico (52,5%) e 12,7% dos inquiridos não possuem escolaridade.

Assim, em resumo a amostra é constituída maioritariamente por diabéticos de género masculino, casados, com idades compreendidas entre os 70 e os 90 anos e com uma baixa literacia.

3.1.2 - VARIÁVEIS CLÍNICAS

Em relação às variáveis clínicas, foram considerados a medicação (abordagem terapêutica) e as comorbilidades (complicações associadas).

Na secção da **Medicação** (quadro 8) 86,7% dos diabéticos tomam antidiabéticos orais e 13,3% administram insulina. Quanto à administração de insulina esta oscila entre uma administração por dia (21,1%) e cinco vezes por dia (10,5%). Relativamente à relação temporal da administração de insulina vai desde um ano (11,1%) até aos sessenta e dois anos (5,6%). Já no que diz respeito aos meses de administração de insulina, apenas ocorre em três situações e perdura desde há 3 meses (33,3%), 6 meses (33,3%) e dez meses (33,3%). De acordo com o quadro 9 o princípio ativo que revela maior consumo é a metformina (32,9%), seguida do desconhecimento pela medicação administrada (24%).

Quadro 8. Distribuição dos elementos da amostra segundo a Medicação (n=158)

		N	%
Administra Insulina?	Sim	21	13,3
	Não	137	86,7
Quantas vezes durante o dia administra insulina?	1 vez	4	21,1
	2 vezes	6	31,6
	3 vezes	6	31,6
	4 vezes	1	5,3
	5 vezes	2	10,5
Há quanto tempo administra insulina (anos)?	1 ano	2	11,1
	2 anos	3	16,7
	3 anos	2	11,1
	4 anos	1	5,6
	6 anos	2	11,1
	10 anos	1	5,6
	13 anos	1	5,6
	14 anos	1	5,6
	15 anos	2	11,1
	16 anos	1	5,6
	17 anos	1	5,6
	62 anos	1	5,6
Há quanto tempo administra insulina (meses)?	3 meses	1	33,3
	6 meses	1	33,3
	10 meses	1	33,3

Quadro 9. Distribuição dos elementos da amostra segundo a medicação que tomam para a diabetes (n=158)

		N	%
Medicação	Metformina	52	32,9
	Insulatared	14	8,9
	Combinações de dois fármacos	28	17,7
	Combinações de três fármacos	15	9,6
	Outros	11	6,9
	Não sei	38	24

Em resumo, a grande maioria dos diabéticos toma antidiabéticos orais, sendo que, a metformina é o princípio ativo com maior consumo.

Quanto às **comorbilidades** (quadro 10), as multimorbilidades mais frequentes e decorrentes da patologia da diabetes ao nível da visão são as cataratas (37,3%) e a retinopatia diabética (14,6%), na mesma linha de ideias a intervenção/tratamento mais usual é a cirurgia às cataratas (25,3%). No que diz respeito a patologias do foro circulatório, a hipertensão arterial (73,4%) e o colesterol (72,8%) são os fatores de risco com maior prevalência. Nesta componente a intervenção mais realizada é o cateterismo cardíaco (15,2%). Relativamente aos problemas associados ao aparelho génito-urinário de uma forma global a pielonefrite ou cistite (42,4%) é a patologia mais referenciada,

especificamente quando nos centramos em doenças que dependem do género o aumento da próstata (36,3%) e a vulvovaginite (35,9%) assumem lugar de destaque. Nos problemas com os pés ou pernas os números apresentados nas respostas aos itens “doença vascular periférica” (51,9%), “claudicação intermitente” (51,9%) e “neuropatia periférica” (52,5%), manifestam a problemática neste sector.

Quadro 10. Distribuição dos elementos da amostra segundo as multimorbididades da diabetes presentes e intervenções ou tratamentos (n=158)

		N	%
MULTIMORBILIDADES			
<i>Olhos/Visão</i>	Cataratas	59	37,3
	Glaucoma	2	1,3
	Descolamento da retina	2	1,3
	Retinopatia (diabética)	23	14,6
	Cegueira	3	1,9
	Degenerescência macular	15	9,5
<i>Coração - Problemas Circulatórios</i>	Ataque cardíaco	16	10,1
	Insuficiência cardíaca	57	36,1
	Colesterol elevado	115	72,8
	Angina	5	3,2
<i>Problemas urinários, bexiga ou rins</i>	Hipertensão arterial	116	73,4
	Pielonefrite ou cistite	67	42,4
	Insuficiência renal	18	11,4
	Proteínas na urina	3	1,9
	Aumento da próstata	29	36,3
<i>Problemas com os pés ou pernas</i>	Vulvovaginite	28	35,9
	Doença vascular periférica	82	51,9
	Claudicação intermitente	82	51,9
	Neuropatia periférica	83	52,5
	Pé de atleta ou infeção causada por fungos nos pés	14	8,9
INTERVENÇÕES/TRATAMENTOS			
<i>Olhos/Visão</i>	Cirurgia às cataratas	40	25,3
	Tratamento a laser	13	8,2
<i>Coração/Problemas Circulatórios</i>	Bypass coronário	8	5,1
	Angioplastia coronária	1	0,6
	Cateterismo cardíaco	24	15,2

Em suma, as multimorbididades mais presentes nos diabéticos em estudo são: cataratas, colesterol elevado, hipertensão arterial, pielonefrite ou cistite, doença vascular periférica, claudicação intermitente e neuropatia periférica. Quanto às intervenções/tratamentos, lideram a cirurgia às cataratas e o cateterismo cardíaco.

3.1.3- UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

No que concerne à utilização de recursos (quadro 11) na componente “análises laboratoriais” verifica-se que a quase totalidade dos inquiridos apresenta a componente analítica atualizada, uma vez que ainda este ano realizaram as análises solicitadas (entre 96,8% e 98,7%).

Relativamente à componente “seguimento realizado em casa”, na questão “Verifica regularmente a sua glicose?”, a maioria dos inquiridos refere que efetua esse procedimento semanalmente (51,3%) e a maioria dos diabéticos (72,2%) verifica diariamente os seus pés no sentido de detectar alterações.

Da análise realizada ao “seguimento por outras especialidades”, podemos afirmar que entre 1-2 anos 37,3% da amostra teve consulta de oftalmologia. Quanto ao seguimento realizado por um nutricionista, as respostas demonstraram que 82,8% da amostra nunca foi seguida por um especialista nessa área.

Quadro 11. Distribuição dos elementos da amostra segundo a Utilização de Recursos (n=158)

		N	%
ANÁLISES LABORATORIAIS			
Fez análise à hemoglobina A1c	Fui ainda este ano	153	96,8
	Fui entre 1-2 anos	2	1,3
	Nunca	3	1,9
Fez a sua última análise ao colesterol	Fui ainda este ano	156	98,7
	Fui entre 1-2 anos	2	1,3
Fez a sua última análise à urina	Fui ainda este ano	156	98,7
	Fui entre 1-2 anos	2	1,3
SEGUIMENTO REALIZADO EM CASA			
Verifica a sua glicose regularmente	Nunca	14	8,9
	Sim, mensalmente	14	8,9
	Sim, semanalmente	81	51,3
	Sim, diariamente	49	31,0
Observa os seus pés para detectar alterações regularmente	Nunca	8	5,1
	Sim, mensalmente	15	9,5
	Sim, semanalmente	21	13,3
	Sim, diariamente	114	72,2
SEGUIMENTO POR OUTRAS ESPECIALIDADES			
Foi a um oftalmologista	Fui ainda este ano	54	34,2
	Fui entre 1-2 anos	59	37,3
	Fui entre 2-3 anos	22	13,9
	Há mais de três anos	22	13,9
	Nunca	1	0,6
Foi a um nutricionista	Fui ainda este ano	9	5,7
	Fui entre 1-2 anos	3	1,9
	Fui entre 2-3 anos	2	1,3
	Há mais de três anos	13	8,3
	Nunca	130	82,8

Em resumo, os inquiridos apresentam a componente laboratorial atualizada, realizam de forma semanal o controle glicémico e observam diariamente os seus pés para detectar alterações. Quanto ao seguimento por outras especialidades a maioria revela que foi a uma consulta oftalmologista entre 1 a 2 anos e que nunca foi a um nutricionista.

3.1.4- QUALIDADE DE VIDA

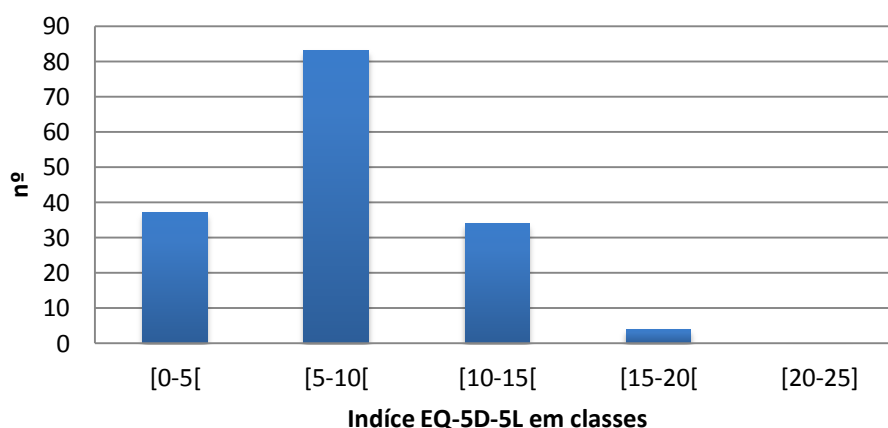
EQ-5D-5L

De acordo com a análise do quadro que se encontra de seguida podemos verificar que após efetuar o somatório das dimensões avaliadas pela EQ-5D-5L, é expressivo que a maioria dos inquiridos não apresenta problemas significativos nas áreas avaliadas. Os valores obtidos iniciam-se no 5 (não tenho problemas), com 37 indivíduos inseridos nestas características (23,4%) e prolongam-se até 20, com apenas uma pessoa nesta circunstância (0,6%). O valor mais frequente é o 5 (moda). Esta evidência pode ser reforçada pela apresentação do gráfico de barras (gráfico 1).

Quadro 12. Distribuição dos elementos da amostra segundo a escala EQ-5D-5L

VARIÁVEL	Mínimo	Máximo	Moda	Média	Mediana	Desvio Padrão
EQ-5D-5L	5	20	5	8,475	7	3,578
N=158						

Gráfico 1 - Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra segundo a escala EQ-5D-5L em classes



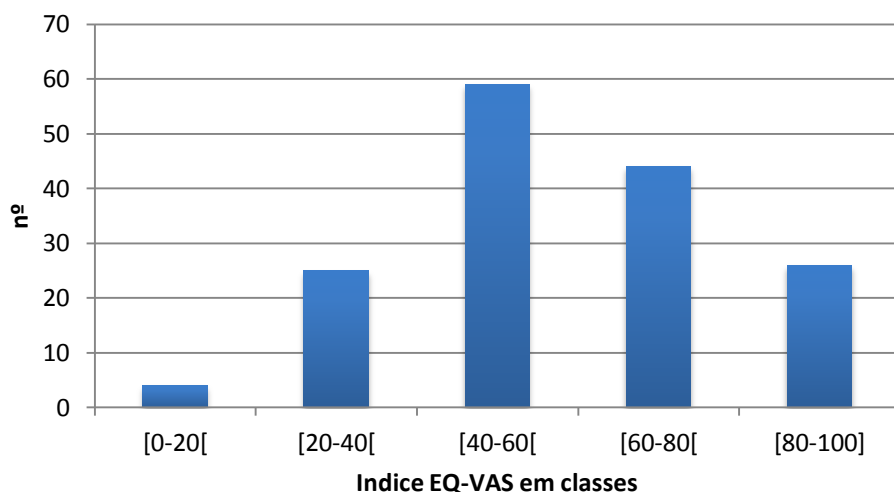
Escala Visual Analógica

Relativamente ao estado de saúde em geral que os diabéticos afirmaram deter aquando da aplicação do questionário, a média de respostas situou-se no valor 50 (24,1%), com o mínimo nos 20 (2,5%) e o máximo 100 (5,1%). Pela análise gráfica (gráfico 2) podemos afirmar que a maioria da amostra considera que detém um bom estado de saúde geral.

Quadro 13. Distribuição dos elementos da amostra segundo a escala EQ-VAS

VARIÁVEL						
EQ-VAS	Mínimo	Máximo	Moda	Média	Mediana	Desvio Padrão
	20	100	50	61,867	60	20,296
N=158						

Gráfico 2 - Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra segundo a escala EQ-VAS em classes



DHP-18

No que concerne à tensão psicológica, a maioria dos diabéticos inquiridos refere que o facto de serem portadores da patologia, não se manifesta num aumento de nervosismo ou ansiedade na sua interação com o meio envolvente.

Relativamente às barreiras à atividade, as respostas demonstram que a doença maioritariamente não controla as suas atividades de vida diária dos diabéticos e apenas nos itens que se referem à alimentação (“Sente-se controlado/a pela sua alimentação?” – 57% e “Ter diabetes significa que a sua vida diária está

dependente do horário das refeições?”- 50%) responderam de forma predominante “às vezes”.

Quanto à desinibição alimentar, os diabéticos demonstraram que não apresentam dificuldades nesta área, uma vez que de forma expressiva tendem a seguir as indicações alimentares da equipa da consulta de Diabetologia.

Quadro 14. Distribuição dos elementos da amostra segundo a escala DHP-18 (n=158)

		N	%
TENSÃO PSICOLÓGICA			
<i>Perde a cabeça quando as pessoas insistem em que faça os testes de controlo do açúcar e siga a dieta?</i>	Nunca	137	86,7
	Às vezes	16	10,1
	Geralmente	4	2,5
	Sempre	1	,6
<i>Há mais discussões ou aborrecimentos em casa do que haveria se não tivesse diabetes?</i>	Nada	138	87,3
	Um pouco mais	18	11,4
	Muito mais	1	,6
	Muitíssimo mais	1	,6
<i>Fica deprimido/a ou “em baixo” por causa da sua diabetes?</i>	Nunca	75	47,5
	Às vezes	59	37,3
	Frequentemente	22	13,9
	Muito frequentemente	2	1,3
<i>A sua diabetes fá-lo/a perder a cabeça ou gritar?</i>	Nunca	146	92,4
	Às vezes	11	7,0
	Frequentemente	1	,6
<i>Fica suscetível, irritado/a ou de mau humor por causa da diabetes?</i>	Nunca	93	58,9
	Às vezes	56	35,4
	Frequentemente	8	5,1
	Muito frequentemente	1	,6
<i>Perde a calma por coisas sem importância?</i>	Nunca	83	52,5
	Às vezes	67	42,4
	Frequentemente	6	3,8
	Muito frequentemente	2	1,3
BARREIRAS À ATIVIDADE			
<i>Sente-se controlado/a pela sua alimentação?</i>	Nunca	35	22,2
	Às vezes	90	57,0
	Geralmente	18	11,4
	Sempre	15	9,5
<i>Ter diabetes significa que é difícil sair até tarde?</i>	Nunca	144	91,1
	Às vezes	11	7,0
	Geralmente	3	1,9
<i>Ter diabetes significa que a sua vida diária está dependente do horário das refeições?</i>	Nunca	63	39,9
	Às vezes	79	50,0
	Geralmente	11	7,0
	Sempre	5	3,2
<i>Evita sair quando o seu açúcar está baixo?</i>	Nunca	126	79,7
	Às vezes	26	16,5
	Geralmente	2	1,3
	Sempre	4	2,5
<i>Tem receio de apanhar uma constipação ou gripe, por causa da sua diabetes?</i>	Nada	54	34,2
	Pouco	52	32,9
	Muito	41	25,9
	Muitíssimo	11	7,0

<i>Assusta-o/a ou preocupa-o/a entrar em lojas com muito movimento ou cheias de gente?</i>	Nada	145	91,8
	Pouco	4	2,5
	Muito	4	2,5
	Muitíssimo	5	3,2
<i>Fica nervosa/a quando não está em casa e não encontra nenhum sítio onde comer?</i>	Nada	115	72,8
	Pouco	34	21,5
	Muito	7	4,4
	Muitíssimo	2	1,3
DESINIBIÇÃO NA ALIMENTAÇÃO			
<i>Tem problemas em seguir a dieta porque come para se animar?</i>	Nunca	103	65,2
	Às vezes	50	31,6
	Geralmente	3	1,9
	Sempre	2	1,3
<i>Tem problemas em manter a dieta por ter dificuldade em recusar alimentos de que gosta?</i>	Nunca	86	54,4
	Às vezes	68	43,0
	Geralmente	4	2,5
<i>Quando começa a comer, com que facilidade consegue parar?</i>	É muito fácil	102	64,6
	É bastante fácil	12	7,6
	Não é muito fácil	35	22,2
	Não é nada fácil	9	5,7
<i>Quantas vezes come qualquer coisa extra quando se sente aborrecido/a?</i>	Nunca	78	49,4
	Poucas vezes	53	33,5
	Muitas vezes	20	12,7
	Muitíssimas vezes	7	4,4
<i>Gostaria que não houvesse tantas coisas boas para comer?</i>	Não gostaria	92	58,2
	Gostaria pouco	25	15,8
	Gostaria muito	29	18,4
	Gostaria muitíssimo	12	7,6

Quadro 15. Distribuição dos indicadores da escala DHP-18

VARIÁVEL	Média	Desvio Padrão
DHP- tensão psicológica	11,7	11,4
DHP- barreiras à atividade	17,9	11,3
DHP- desinibição na alimentação	20,3	18,2
N=158		

Em suma, a avaliação realizada por esta escala veio revelar que os diabéticos inquiridos não apresentam alterações ao nível da tensão psicológica, barreiras á atividade ou desinibição alimentar. Quanto à distribuição dos indicadores da escala DHP-18, verifica-se que a média mais elevada se encontra na desinibição na alimentação e a pior na tensão psicológica. A análise destes valores indica que os diabéticos ultrapassam mais facilmente o facto de não poderem ingerir determinados alimentos, do que os problemas causadores de stress que a doença lhes provoca.

3.1.5 – SATISFAÇÃO

Relativamente à esta secção (quadro 16), na satisfação com a informação, o nível de satisfação dos doentes revela ser bom em todos os itens colocados, nomeadamente quanto à Informação sobre o passo/etapa seguinte no seu tratamento (67,7%), comunicação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, tendo em conta o seu tratamento (72,8%), informação dos diferentes prestadores de cuidados de saúde sobre o seu tratamento e os seus últimos exames (71,5%) e saber a quem perguntar quando teve dúvidas sobre a sua saúde (74,7%).

No que diz respeito à melhoria de tratamento, o item “a maioria das pessoas recebe um tratamento para a diabetes que poderia ser melhor” revela que 81% dos inquiridos não tem a certeza e 67,1% discorda sobre o facto de “existem aspetos no tratamento da diabetes que eu recebo que poderiam ser melhores”.

Quanto à satisfação com o tratamento, a maioria concorda com a afirmação “Estou muito satisfeito com o tratamento que recebo para a diabetes” (71,5%) e mantém a mesma opinião (79,1%) na questão “O tratamento recebido para a diabetes que tenho recebido nos últimos anos é quase perfeito”.

Quadro 16. Distribuição dos elementos da amostra segundo a Satisfação (n=158)

		N	%
SATISFAÇÃO COM A INFORMAÇÃO			
<i>Informação sobre o passo/etapa seguinte no seu tratamento</i>	Razoáveis	8	5,1
	Bons	107	67,7
	Muito bons	38	24,1
	Excelentes	5	3,2
<i>Comunicação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, tendo em conta o seu tratamento</i>	Razoáveis	4	2,5
	Bons	115	72,8
	Muito bons	34	21,5
	Excelentes	5	3,2
<i>Informação dos diferentes prestadores de cuidados de saúde sobre o seu tratamento e os seus últimos exames</i>	Razoáveis	6	3,8
	Bons	113	71,5
	Muito bons	33	20,9
	Excelentes	6	3,8
<i>Saber a quem perguntar quando teve dúvidas sobre a sua saúde</i>	Razoáveis	3	1,9
	Bons	118	74,7
	Muito bons	36	22,8
	Excelentes	1	,6
MELHORIA DE TRATAMENTO			
<i>A maioria das pessoas recebe um tratamento para a diabetes que poderia ser melhor</i>	Discordo fortemente	1	,6
	Discordo	5	3,2
	Não tenho a certeza	128	81,0
	Concordo	23	14,6
	Concordo fortemente	1	,6

<i>Existem aspetos no tratamento da diabetes que eu recebo que poderiam ser melhores</i>	Discordo fortemente	1	,6
	Discordo	106	67,1
	Não tenho a certeza	36	22,8
	Concordo	14	8,9
	Concordo fortemente	1	,6
SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO			
<i>Estou muito satisfeito com o tratamento que recebo para a diabetes</i>	Discordo fortemente	1	,6
	Não tenho a certeza	10	6,3
	Concordo	113	71,5
	Concordo fortemente	34	21,5
<i>O tratamento para a diabetes que tenho recebido nos últimos anos é quase perfeito</i>	Discordo fortemente	1	,6
	Discordo	2	1,3
	Não tenho a certeza	24	15,2
	Concordo	125	79,1
	Concordo fortemente	6	3,8

Assim, em resumo, o nível de satisfação dos doentes com a informação recebida é bom. Quanto à melhoria de tratamento a maioria dos inquiridos não tem opinião quanto ao tratamento recebido por outros pares e discorda com a hipótese de haver aspetos no seu tratamento que poderiam melhorar. A maioria dos diabéticos está satisfeita com o tratamento recebido.

3.2- DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA

H1: Existe diferenças entre a qualidade de vida e as variáveis sócio-demográficas?

Idade

Quanto à confirmação desta hipótese, realizou-se o teste *Anova*.

Quadro 17. Teste *Anova* para amostras independentes aplicável à variável qualidade de vida e a idade (classes)

Indicador de QV	Idade em classes							
	[30-50[		[50-70[		[70-90]		F	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
DHP – tp*	11,11	10,48	11,51	10,92	11,90	12,04	0,034	0,967
DHP – ba*	15,24	9,99	19,39	11,53	16,91	11,19	1,187	0,308
DHP – ad*	29,33	24,98	18,86	17,77	20,34	17,62	1,453	0,237
EQ-5D-5L	6,20	2,20	7,20	2,49	9,91	3,97	15,021	0,000
EQ-VAS	76,00	18,68	66,79	17,92	55,64	20,60	8,978	0,000

N=158 * DHP-tp (tensão psicológica); DHP-ba (barreiras à atividade); DHP-ad (alimentação desinibida)

Verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre a qualidade de vida (DHP- tensão psicológica $p=0,967$, DHP - barreiras à atividade $p=0,308$, DHP – alimentação desinibida $p=0,237$) e a idade, levando à rejeição da hipótese referente à avaliação realizada por esta escala.

Relativamente à qualidade de vida avaliada pela EQ-5D-5L, verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa com a idade ($p=0,000$). Para verificar qual a faixa etária onde existem diferenças estatisticamente significativas realizou-se o teste *post-hoc* de *Scheffe*.

Verifica-se que o aumento da idade se traduz num acréscimo de qualidade de vida. Os diabéticos que apresentam melhor qualidade de vida têm idades compreendidas entre os [70-90] anos ($\bar{x} = 9,91$) e os que apresentam menor qualidade de vida têm menos de 50 anos ($\bar{x} = 6,20$).

No que concerne à qualidade de vida avaliada pela escala EQ-VAS, verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa com a idade ($p=0,000$). Para verificar qual a faixa etária onde existem diferenças estatisticamente significativas realizou-se o teste *post-hoc* de *Scheffe*.

Constata-se que o aumento da idade se traduz num decréscimo da qualidade de vida e na conotação negativa que os doentes com diabetes atribuem ao seu estado geral de saúde. Os diabéticos que apresentam melhor qualidade de vida têm idades compreendidas entre os [30-50[anos ($\bar{x} = 76,00$) e os que apresentam menor qualidade de vida têm mais de 70 anos ($\bar{x} = 55,64$).

Género

Para testar a hipótese formulada, recorreu-se ao teste *t-Student*.

Quadro 18. Teste *t de Student* para amostras independentes aplicável à variável qualidade de vida e o género

Indicador de QV	Género				t	p
	Feminino		Masculino			
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
DHP - tp	15,22	12,30	8,30	9,34	3,969	0,000
DHP - ba	19,05	12,31	16,81	10,19	1,245	0,215
DHP - ad	22,25	19,84	18,35	16,48	1,346	0,180
EQ-5D-5L	9,64	3,74	7,37	3,05	4,162	0,000
EQ-VAS	57,40	20,64	66,11	19,14	-2,752	0,007

N=158

Ao analisar-se de forma individualizada os três domínios que compõem a DHP-18, verifica-se que apenas existe diferença estatisticamente significativa entre a DHP-tensão psicológica ($p=0,000$) e o género, nas restantes dimensões (barreiras à atividade e alimentação desinibida), a hipótese formulada é rejeitada. Na DHP-tensão psicológica ao examinarmos as médias dos géneros, confirma-se que os diabéticos do género feminino ($\bar{x} = 15,22$) apresentam maior tensão psicológica. Relativamente à qualidade de vida avaliada pela EQ-5D-5L, verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa com a variável género, para $p=0,007$. Através da análise das médias dos géneros, pode-se afirmar que a qualidade de vida dos diabéticos no género feminino ($\bar{x} = 9,64$) é superior ao género masculino ($\bar{x} = 7,37$).

No que diz respeito à qualidade de vida avaliada pela EQ-VAS, verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa com a variável género, para $p=0,007$. Ao analisar as médias dos géneros, verifica-se que a qualidade de vida dos diabéticos no género masculino ($\bar{x} = 66,11$) é superior ao género feminino ($\bar{x} = 57,40$).

H2: Existe diferenças entre a qualidade de vida e as comorbilidades?

Relativamente à confirmação desta hipótese, realizou-se o teste *t-Student*.

Quadro 19. Teste *t de Student* para amostras independentes aplicável à variável qualidade de vida e às comorbilidades

Indicador de QV	Olhos/Visão				t	p
	Sim		Não			
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
DHP - tp	13,21	11,63	12,41	12,19	0,247	0,806
DHP - ba	21,10	12,77	18,20	7,94	0,883	0,380
DHP - ad	19,31	18,72	21,96	18,07	-0,517	0,607
EQ-5D-5L	8,71	3,80	10,76	4,48	-1,886	0,063
EQ-VAS	58,10	19,93	56,77	26,86	0,224	0,823

N=158

Indicador de QV	Circulação/Problemas Circulatorios					
	Sim		Não		t	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
DHP - tp	11,61	11,14	11,41	10,27	0,086	0,931
DHP - ba	19,91	14,93	15,93	9,12	1,384	0,173
DHP - ad	22,62	21,53	20,60	17,46	0,481	0,632
EQ-5D-5L	7,42	2,85	8,47	3,79	-1,373	0,173
EQ-VAS	65,00	18,87	61,36	20,01	0,843	0,402

N=158

Indicador de QV	Problemas urinários, bexiga ou rins					
	Sim		Não		t	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
DHP - tp	16,67	10,54	9,95	9,83	1,477	0,151
DHP - ba	33,33	20,20	26,39	11,40	1,135	0,266
DHP - ad	15,56	15,59	17,78	15,44	-0,315	0,755
EQ-5D-5L	9,00	2,90	6,46	2,23	2,359	0,026
EQ-VAS	52,50	9,87	77,08	18,47	-3,122	0,004

N=158

Indicador de QV	Problemas com os pés ou pernas					
	Sim		Não		t	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
DHP - tp	12,15	11,50	11,11	10,94	0,313	0,756
DHP - ba	18,45	11,96	23,80	14,05	-1,427	0,160
DHP - ad	25,00	21,49	22,59	16,67	0,410	0,683
EQ-5D-5L	8,03	3,20	7,61	2,93	0,458	0,649
EQ-VAS	68,75	17,64	58,89	18,59	1,861	0,069

N=158

No geral, verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre a qualidade de vida dos diabéticos tipo II e as comorbilidades, rejeitando-se assim a hipótese formulada. Apenas se verificaram duas exceções.

No que diz respeito à qualidade de vida avaliada pela EQ-5D-5L, verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa com a variável comorbilidades (problemas urinários, bexiga ou rins), para $p=0,026$. Através da análise das médias, pode-se afirmar que a qualidade de vida dos diabéticos que têm alterações neste sistema ($\bar{x} = 9,00$) é superior à dos que não têm complicações ($\bar{x} = 6,46$).

No que concerne à qualidade de vida avaliada pela EQ-VAS, verificou-se que diferença estatisticamente significativa com a variável comorbilidades (problemas urinários, bexiga ou rins), para $p = 0,004$. Através da análise das médias, pode-se afirmar que a qualidade de vida dos diabéticos que não têm alterações neste sistema ($\bar{x} = 77,08$) é superior à dos que têm complicações ($\bar{x} = 52,50$).

H3: Verifique se há associação entre a utilização de recursos e a qualidade de vida?

Quanto à confirmação desta hipótese, realizou-se o teste de correlação de *Pearson*.

Quadro 20. Teste de correlação de *Pearson* para verificar a relação existente entre a qualidade de vida e as componentes da utilização de recursos

Indicador de QV	Componentes da Utilização de Recursos					
	Rec-1*		Rec-2*		Rec-3*	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
DHP - tp	-0,085	0,287	0,128	0,111	0,025	0,754
DHP - ba	0,143	0,074	-0,057	0,477	-0,290	0,000
DHP - ad	-0,076	0,347	-0,040	0,616	-0,164	0,041
EQ-5D-5L	-0,128	0,112	-0,037	0,647	0,080	0,287
EQ-VAS	0,030	0,706	-0,107	0,183	-0,049	0,542

N= 158 *Rec-1 (análises laboratoriais); Rec-2 (seguimento realizado em casa); Rec-3 (seguimento por outras especialidades)

Relativamente ao domínio DHP- barreiras à atividade e o seguimento por outras especialidades, verificou-se que existe relação estatisticamente significativa, sendo a correlação de *Pearson* = -0,290 para $p=0,000$. A correlação segundo Pestana e Gageiro (2005) é negativa e fraca. Apenas 8,4% dos diabéticos transmite que o seguimento por outras especialidades tem um efeito negativo na sua qualidade de vida, nomeadamente nas atividades de vida diária.

Verificou-se que também existe relação estatisticamente significativa entre o indicador DHP- alimentação desinibida e o seguimento por outras especialidades, sendo a correlação de *Pearson* = -0,164 para $p=0,041$. A correlação segundo Pestana e Gageiro (2005) é negativa linear e muito baixa. Só 3% dos diabéticos revelam que o seguimento por outras especialidades influencia de forma negativa os cuidados que têm com a sua alimentação.

3.3- DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO

H4: Existe diferenças entre a satisfação e as variáveis sócio-demográficas?

Idade

No que concerne à confirmação desta hipótese, realizou-se o teste *Anova*.

Quadro 21. Teste *Anova* para amostras independentes aplicável à variável satisfação e a idade (classes)

Indicador de Satisfação	Idade em classes							
	[30-50[		[50-70[		[70-90]		F	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
Sat – 1*	0,12	1,01	0,07	1,06	-0,08	0,95	0,511	0,601
Sat – 2*	-0,05	1,08	0,09	1,12	-0,08	0,87	0,527	0,591
Sat – 3*	-0,69	0,95	0,13	1,11	-0,03	0,87	3,121	0,047

N=158 *Sat -1 (Satisfação com a informação); Sat -2 (Satisfação com o tratamento); Sat -3 (Melhoria de tratamento)

Verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre a idade e os indicadores de satisfação. Identifica-se apenas uma exceção, relativamente à melhoria de tratamento, verificou-se que existe relação estatisticamente significativa com a variável idade sendo $p=0,047$. Para verificar qual a faixa etária onde existem diferenças estatisticamente significativas realizou-se o teste *post-hoc* de *Scheffe*.

Verifica-se que o grupo etário que se encontra mais insatisfeito com a melhoria de tratamento é dos [30-50] anos ($\bar{x} = -0,69$). Na mesma linha de pensamento a faixa etária que mais valoriza a melhoria de tratamento é a dos [50-70[anos ($\bar{x} = 0,13$).

Género

Para analisar esta hipótese recorreu-se ao teste *t-Student*.

Quadro 22. Teste *t de Student* para amostras independentes aplicável à variável satisfação e o género

Indicador de Satisfação	Género					
	Feminino		Masculino		t	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
Sat – 1	-0,01	0,97	0,01	1,04	-0,145	0,885
Sat – 2	-0,14	1,08	0,13	0,90	-1,672	0,097
Sat – 3	-0,13	0,85	0,13	1,12	-1,637	0,106

N=158

Verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre os domínios que compõem a variável satisfação e o género, rejeitando-se assim a hipótese formulada.

H5: Existe diferenças entre a satisfação e as comorbilidades?

Quanto à confirmação desta hipótese recorreu-se ao teste *t-Student*.

Quadro 23. Teste *t de Student* para amostras independentes aplicável à variável satisfação e às comorbilidades

Olhos/Visão						
Indicador de Satisfação	Sim		Não		t	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
Sat – 1	0,06	1,10	-0,32	0,46	2,123	0,038
Sat – 2	-0,01	0,85	-0,38	1,90	0,777	0,447
Sat – 3	0,10	0,95	-0,16	1,30	0,919	0,361
N=158						
Coração/Problemas circulatórios						
Indicador de Satisfação	Sim		Não		t	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
Sat – 1	0,05	1,07	0,01	0,99	0,210	0,834
Sat – 2	0,12	0,75	0,05	0,90	0,350	0,727
Sat – 3	0,29	1,24	-0,01	0,89	1,225	0,226
N=158						
Problemas urinários, bexiga ou rins						
Indicador de Satisfação	Sim		Não		t	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
Sat – 1	0,16	1,47	-0,09	1,19	0,445	0,660
Sat – 2	-0,10	0,69	0,17	1,22	-0,528	0,602
Sat – 3	0,76	0,84	0,47	1,67	0,409	0,686
N=158						
Problemas com os pés ou pernas						
Indicador de Satisfação	Sim		Não		t	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp		
Sat – 1	0,28	1,21	-0,07	1,03	1,036	0,306
Sat – 2	-0,17	0,89	-0,24	1,06	0,248	0,805
Sat – 3	0,11	0,99	0,72	1,36	-1,800	0,078
N=158						

Ao analisarmos os indicadores da satisfação de forma individualizada e as comorbilidades que se encontram agrupadas nos diversos sistemas, verifica-se que só existe diferença estatisticamente significativa entre a satisfação com a informação e as alterações presentes ao nível da visão, para $p = 0,038$.

Através da análise das médias, verifica-se que os diabéticos que não apresentam alterações ao nível da visão se encontram mais insatisfeitos com a informação recebida ($\bar{x} = -0,32$), do que os diabéticos que apresentam alterações na visão ($\bar{x} = 0,06$).

H6: Há relação entre a satisfação e a utilização de recursos?

Para testar a hipótese, foi realizado o teste de correlação de *Pearson*.

Quadro 24. Teste de correlação de *Pearson* para verificar a relação existente entre a satisfação e as componentes da utilização de recursos.

Indicador de Satisfação	Componentes da Utilização de Recursos					
	Rec-1		Rec-2		Rec-3	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Sat – 1	-0,026	0,745	0,065	0,420	0,036	0,656
Sat – 2	0,048	0,554	0,124	0,121	0,007	0,930
Sat – 3	0,145	0,071	0,001	0,988	-0,172	0,032

N=158

Quando analisamos de forma individualizada os três domínios que compõem a satisfação, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre a melhoria de tratamento e o seguimento por outras especialidades, sendo a correlação de *Pearson* = -0,172 para $p = 0,032$. A correlação segundo Pestana e Gageiro (2005) é negativa linear e muito abaixo. Apenas 3% dos diabéticos expressa que o seguimento por outras especialidades influencia de forma negativa a melhoria de tratamento.

3.4- RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA

H7: Há relação entre a satisfação e a qualidade de vida?

Relativamente à confirmação desta hipótese, realizou-se o teste de correlação de *Pearson*.

Quadro 25. Teste de correlação de *Pearson* para verificar a relação existente entre os domínios da variável satisfação e as componentes da variável qualidade de vida

Indicador de QV	Componentes da Satisfação					
	Sat – 1		Sat – 2		Sat – 3	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
DHP - tp	-0,027	0,736	-0,077	0,338	-0,029	0,719
DHP - ba	-0,009	0,915	-0,123	0,122	0,379	0,000
DHP - ad	0,032	0,689	0,033	0,679	0,022	0,779
EQ-5D-5L	0,014	0,866	-0,113	0,157	-0,020	0,807
EQ-VAS	0,087	0,277	0,076	0,345	0,042	0,604

N=158

Verificou-se que não existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação e a qualidade de vida dos diabéticos tipo II, rejeitando-se assim a hipótese formulada.

Contudo, quando analisamos de forma individualizada os domínios que compõem a satisfação e os indicadores da DHP-18, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre a melhoria de tratamento e a DHP – barreiras às atividades, sendo a correlação de *Pearson* = 0,379 para $p=0,000$. A correlação segundo Pestana e Gageiro (2005) é positiva e baixa. Em 14% dos diabéticos inquiridos a melhoria de tratamento influenciará de forma positiva a sua qualidade de vida, nomeadamente nas suas atividades de vida diárias.

4- DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos dados, ir-se-á proceder à apreciação crítica dos resultados apresentados anteriormente, fazendo uma apreciação global do estudo, de modo a destacar os resultados mais significativos, tendo por base o problema em estudo, a fundamentação teórica, os objetivos propostos e outros estudos de relevante pertinência, posteriormente encontrados.

Através da análise dos dados obtidos no estudo em causa, verificou-se que a maioria dos diabéticos é do género masculino. A idade mais frequente nos inquiridos é 65 anos, sendo a faixa etária dos 70 aos 90 anos a mais representativa. Os resultados coincidem com os dados do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2013) que demonstra maior prevalência da DM em pessoas com idade avançada e pertencentes ao género masculino. Esta realidade encontra-se associada a uma perda de capacidade de execução nas atividades de vida diária (*idem*).

Na avaliação da qualidade de vida o facto dos doentes em estudo serem portadores de uma patologia crónica aparentemente não condicionou a sua avaliação acerca do seu estado de saúde geral. Ou seja, de forma notória, os mesmos consideram que apresentam um bom estado de saúde, sem problemas significativos nas áreas avaliadas.

Segundo Souza *et al.* (1997) a qualidade de vida pode ser influenciada pela percepção que um indivíduo tem sobre seu estado de saúde. A DM é uma doença crónica que se caracteriza por uma longa duração e frequente recorrência de sintomatologia e complicações associadas. Contudo, apesar de toda esta envolvimento, a DM quando devidamente controlada e após uma adaptação bem conseguida permite ao doente continuar a desenvolver as suas atividades de forma normal. Esta afirmação vem reforçar o facto de que, para os entrevistados "estar saudável" foi um ponto muito importante para a sua qualidade de vida (*idem*).

O autor supracitado ainda reforça que muitos doentes vêm a diabetes como uma influência positiva nas suas vidas, uma vez que induziu à mudança/adoção de estilos de vida saudáveis e permitiu um maior desenvolvimento psicológico.

Relativamente à avaliação da satisfação, os diabéticos de uma forma generalizada demonstraram estar muito satisfeitos com o tratamento recebido. Uma provável explicação para estes resultados pode dever-se ao facto da investigadora, se ter apresentado como enfermeira e estar vestida com uma bata branca.

No estudo desenvolvido por Sousa *et al.* (2008), estes chegaram à conclusão que os seus resultados poderiam ser influenciados pelo facto de terem sido profissionais de enfermagem a aplicarem os questionários. Embora estivesse previsto inicialmente o seu auto preenchimento, sem que os profissionais interviessem, a iliteracia da amostra não permitiu, efetivando-se assim uma limitação ao estudo realizado. Estes autores reconhecem o sucedido e sugerem, que em futuros estudos sobre a satisfação ao nível dos cuidados de saúde, os intervenientes na aplicação dos questionários, não sejam profissionais diretamente envolvidos na prestação de cuidados de saúde aos doentes.

Considerando a primeira hipótese de investigação verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida, avaliada pela DHP-18 e a idade.

Isto pode dever-se segundo Petterson *et al.* (1998) ao facto de muitos dos instrumentos disponíveis para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde, consistirem em questionários complexos. Estes tornam-se difíceis de preencher por populações mais idosas, como é o caso da prevalência etária presente neste estudo. Uma vez que possuem diversos problemas associados, como alterações ao nível da visão, problemas de saúde que afetam a parte motora e cognitiva, levando a que a sua conclusão seja demorada. Este conjunto de circunstâncias pode ter como consequência uma avaliação menos precisa e direcionada daquilo que especificamente se pretende medir (*idem*).

Esta caracterização não implica que os diabéticos inquiridos não sejam da opinião que a sua qualidade de vida vai sofrendo alterações consoante a idade, contudo devido às condicionantes enumeradas acima, os mesmos não conseguem transpor para o questionário de forma adequada a sua atual situação.

Souza *et al.* (1997) acrescentam outro dado importante, afirmando que as pessoas portadoras de patologia crónica, como é o caso dos diabéticos, podem

estar de tal forma bem adaptados à patologia que a conceção de quantidade e de qualidade de vida não toma contornos significativos apesar da idade.

Relativamente à qualidade de vida avaliada pela EQ-5D-5L, verificou-se que o aumento da idade se traduz num acréscimo de qualidade de vida.

Um estudo levado a cabo por Redekop *et al.* (2002) utilizando a escala EQ-5D-3L, verificou que os diabéticos mais jovens relataram frequentemente sentimentos de ansiedade/depressão do que os diabéticos mais velhos. Ou seja os doentes com mais idade referiram uma maior qualidade de vida.

Uma possível explicação reside na perspectiva de futuro, esta inclui a noção de que a doença irá progredir, com todas as suas implicações, sendo que, este processo é especialmente angustiante para os doentes mais jovens (*idem*).

Já Leventhal e Prohaska (1986) acrescentam que os indivíduos mais velhos atribuem ao próprio envelhecimento os seus problemas de saúde e, portanto, estão mais aptos e conformados em aceitar as alterações que as patologias crónicas vão originando.

No que concerne à qualidade de vida avaliada pela escala EQ-VAS, verificou-se que o aumento da idade se traduz num decréscimo da qualidade de vida.

A mesma situação foi relatada por Redekop *et al.* (2002). No estudo em que utilizou a escala EQ-VAS a qualidade de vida diminuiu ligeiramente com a idade.

À medida que a idade avança, verifica-se um decréscimo ou mesmo uma perda na totalidade, das capacidades em realizar autonomamente as atividades de vida diárias. Esse declínio fará com que os diabéticos autoavaliem o seu estado de saúde em geral de uma forma mais negativa (*idem*).

Rubin e Peyrot (1999) estão de acordo com o autor supracitado e afirmam que o avanço da idade afeta alguns aspetos da qualidade de vida relacionada com a saúde. Em pessoas com diabetes esses aspetos direcionam-se especificamente para alterações relacionadas com a componente física, estando o aumento da idade intrinsecamente direcionado a decréscimos em vários domínios do funcionamento e bem-estar.

Nicolucci *et al.* (2009) acrescentam que o aumento da idade demonstrou uma forte correlação com a diminuição da capacidade física. Contudo, em termos de componentes mentais, verificou uma associação positiva, sugerindo que o

envelhecimento não é associado, por si só, a um impacto negativo sobre o bem-estar psicológico. Este estará relacionado com as implicações socioeconómicas das comorbilidades inerentes à diabetes e ao decréscimo na condição física.

Por toda a exposição acima realizada, é de todo importante empreender em avaliações precisas acerca da associação entre a diabetes e a qualidade de vida tendo em conta a variável idade.

Quando à segunda hipótese de investigação, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida avaliada pela DHP-tensão psicológica e o género, sendo que, os diabéticos do género feminino sentem uma maior pressão a nível psicológico.

Os resultados obtidos estão em consonância com a opinião de Wredling *et al.* (1995). Estes acrescentam um aspeto relevante ao evidenciar no seu estudo que as mulheres nos parâmetros que dizem respeito à depressão apresentam piores valores que os homens. Esta situação pode ser analisada tendo em conta a sobrecarga de papéis que a mulher vive atualmente. Observou-se a sua emancipação nas mais diversas áreas, levando a que o surgimento de uma doença crónica leve a que transborde em sentimentos de angústia e de stress, uma vez que será mais um papel que terá de gerir. O facto de ser uma doença que futuramente poderá interferir na autoimagem, no seu estado geral de saúde, transformar-se-á num fator com impacto negativo.

Relativamente à qualidade de vida avaliada pela EQ-5D-5L, verificou-se que a qualidade de vida dos diabéticos do género feminino é superior à do género masculino.

Contrariamente a este resultado Hinz *et al.* (2013) verificaram que o género masculino apresenta pontuações mais elevadas do que o género feminino neste domínio. Contudo o seu estudo foi realizado a uma população em geral, incluindo pessoas saudáveis e também com diversas patologias. Logo esta situação é passível de ser exportada para uma população com diabetes, embora não seja a menção mais válida para este aspeto em análise.

Neste estudo fica por explicar a razão pela qual a qualidade de vida avaliada por esta escala é superior nas mulheres. Talvez se deva à diferente interpretação que as mulheres e os homens fazem da legitimidade do papel de doente (Silva, 2006).

E apesar de não terem sido encontradas evidências que de forma consistente e direta sustentem este resultado, podemos especular que este pode ser influenciado pela partilha de tarefas que cada vez mais se verifica entre os casais, levando a que as mulheres se sintam mais amparadas e acompanhadas, isso refletir-se-á na forma positiva como avaliam a sua qualidade de vida. Sendo que a maioria dos inquiridos é casado, esta é uma situação que seria pertinente explorar de forma mais aprofundada.

Este resultado também deve ser analisado, levando em linha de conta que a forma utilizada para analisar esta escala foi o somatório, como tal, é um indicador traiçoeiro, porque é compensatório, ajusta-se. A interpretação da escala leva o investigador a avaliar as cinco dimensões que a constituem como independentes, não captando as interações entre as mesmas. Contudo na área da saúde, não se procede dessa forma. E como este conceito não é explorado pode levar a esta contradição.

No que diz respeito à qualidade de vida avaliada pela EQ-VAS, verificou-se que a qualidade de vida do género masculino é superior ao género feminino.

Os resultados obtidos corroboram com a opinião de vários autores. Petterson *et al.* (1998) mostraram que o género feminino apresenta uma menor qualidade de vida em relação ao género masculino. As mulheres revelam uma pior perceção da qualidade de vida em todos os domínios investigados de forma significativa e consistente (*idem*).

Nicolucci *et al.* (2009) também indicaram um perfil geral mais negativo nas mulheres do que nos homens em termos de características clínicas e sócio-demográficas, subjacente, portanto, a uma necessidade de maior atenção e dedicação a uma população com um carácter vulnerável muito elevado.

Também Rubin e Peyrot (1999) vão de encontro ao exposto, relatando que a qualidade de vida nos homens diabéticos é superior à das mulheres. Esta situação é consistente com as diferenças de género relatadas na qualidade de vida relacionada com a saúde quando aplicada à população em geral. Estes descobriram que os homens com diabetes relatam menos o impacto da doença, relatam mais satisfação com o tratamento, e pontuações mais elevadas nas escalas que avaliam a qualidade de vida do que as mulheres. Na mesma linha de

ideias os homens estão significativamente menos propensos a mencionar sintomas de depressão ou ansiedade consistente com a presença de um distúrbio clínico que as mulheres. Estes resultados sugerem que os homens diabéticos têm uma vantagem sobre as mulheres diabéticas na qualidade da vida relacionada com a saúde (*idem*).

Pode-se então, face aos resultados obtidos, inferir que o género parece exercer uma importante influencia na qualidade de vida da pessoa com diabetes.

No que concerne às complicações associadas à diabetes verificou-se que não existe relação com a qualidade de vida avaliada pela DHP-18.

Com os mesmos resultados surge o estudo de Saatci *et al.* (2010), que comprovou a falta de associação significativa entre as complicações da diabetes e a qualidade de vida. Estes fundamentam o achado levando em conta o desconhecimento que os doentes possam ter dessas mesmas complicações ou através de sentimentos de indiferença que se geram no diabético.

Contudo, verificou-se que existe relação entre a qualidade de vida e os problemas urinários, bexiga ou rins. No que diz respeito à EQ-5D-5L, verificou-se que os diabéticos que têm alterações neste sistema apresentam maior qualidade de vida. Silva *et al.* (2003) fornecem evidências que nos permitem perceber estes resultados, uma vez que afirmam que, quando se consegue controlar a gravidade de complicações como no caso da retinopatia e da nefropatia, comprova-se que não existe uma relação causa-efeito entre a gravidade da complicação crónica e o impacto na qualidade de vida. Sendo que, por vezes doentes com níveis mais graves de complicações apresentam uma qualidade de vida superior aos que detêm níveis menos graves de sequelas. Estes resultados, vão ao encontro do que diversos autores afirmam, ou seja, para muitos diabéticos é mais fácil lidar com a presença da complicação crónica do que com a incerteza do seu surgimento.

No estudo em causa esta pode ser uma explicação plausível para os resultados encontrados, ou seja, os diabéticos já se habituaram a conviver de forma pacífica com alterações ao nível do aparelho génito-urinário, desenvolvendo estratégias para ultrapassar a situação, logo a sua presença não altera a sua qualidade de vida.

Relativamente à EQ-VAS verificou-se que os diabéticos que não têm alterações neste sistema apresentam maior qualidade de vida.

Estes resultados estão de acordo com um grande corpo de evidências que mostra que as complicações associadas à diabetes representam um dos principais determinantes de uma pior qualidade de vida nestes indivíduos.

De um modo geral os resultados encontrados no estudo desenvolvido por Castro *et al.* (2008) confirmam o mesmo que estudos anteriores realizados em diabéticos tipo II, nos quais se demonstrou que a qualidade de vida é inferior nos que apresentam complicações crônicas.

A presença de complicações clínicas decorrentes da diabetes tem um impacto muito significativo na qualidade de vida, visto que, quanto maior o número de complicações, menor será a qualidade de vida do doente (Lloyd *et al.* 2001).

A diversa bibliografia que aborda esta questão é consistente segundo Rubin e Peyrot (1999), considerando que a presença de complicações, especialmente a presença de duas ou mais complicações, está associada a uma pior qualidade de vida. Essa realidade assume um peso tão significativo que na sua pesquisa, os autores supracitados, sugerem que conclusões inconsistentes no que diz respeito à associação entre outras variáveis e qualidade de vida podem ser explicadas pela omissão frequente desse fator como uma possível variável de confusão. Estes evidenciaram que a presença de duas ou mais complicações relacionadas com a diabetes está associado a um aumento significativo na probabilidade dos diabéticos apresentarem sintomas clinicamente significativos de depressão ou ansiedade.

Na sua pesquisa Saatci *et al.* (2010) chegaram à mesma conclusão: a presença de complicações em doentes diabéticos afeta a qualidade de vida dos mesmos, levando ao desenvolvimento de distúrbios psicológicos, nomeadamente a depressão. Níveis mais elevados de depressão foram associados ao aumento do número de complicações (*idem*).

Refere que os diabéticos sem complicações relatadas apresentam uma qualidade de vida relacionada com a saúde significativamente melhor que os restantes, ou seja no decorrer da sua investigação provou a existência de uma associação significativa entre a qualidade de vida e as complicações associadas à diabetes.

Esta situação era de esperar, uma vez que diabéticos portadores de comorbilidades apresentaram valores mais baixos na qualidade de vida (*ibidem*).

Silva *et al.* (2003) corroboram tudo o que foi dito e os seus resultados sugerem que os diabéticos que sofrem de complicações crónicas demonstram ter uma qualidade de vida inferior à dos que não apresentam sequelas da patologia. Esta situação evidencia-se quando são analisadas especificamente determinadas complicações como: catarata, microangiopatia e macroangiopatia, neuropatia doença do foro cardiológico, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial.

Enquanto nos outros sistemas avaliados pelo questionário a sintomatologia tem uma evolução silenciosa e manifesta-se tardiamente, no aparelho génito-urinário os sintomas despertam logo a atenção do portador, que tratará de por cobro à sua evolução. Logo, a sua presença influenciará de forma negativa a qualidade de vida a curto prazo.

Seria pertinente o desenvolvimento de estudos de carácter longitudinal para cada uma das complicações crónicas da diabetes, cujo intuito seria o de compreender melhor a forma como os diferentes níveis de gravidade e estadios de desenvolvimento destas, afetam a qualidade de vida dos portadores. Este seguimento permitiria tornar mais eficazes as intervenções, nomeadamente do foro psicológico neste domínio.

Quanto à associação entre a utilização de recursos e a qualidade de vida verificou-se que 8,4% dos diabéticos transmite que o seguimento por outras especialidades tem um efeito negativo na sua qualidade de vida, nomeadamente nas atividades de vida diária.

De salientar que, embora não se tenham encontrados estudos neste âmbito em específico, importa reforçar que existem evidências que permitem compreender a importância e o impacto positivo que o seguimento por outras especialidades tem na qualidade de vida dos diabéticos.

De acordo com Castro *et al.* (2008), os diabéticos apresentam uma necessidade de acompanhamento em diversas áreas, nomeadamente nutrição, psicologia, assistência social e grupos de apoio como forma de superar problemas relacionados com a patologia, através da orientação e troca de experiências. Com este apoio estarão mais aptos a mudar consciências e a reforçar atitudes

positivas que lhes permitam seguir as recomendações médicas, relacionadas com adoção de estilos de vida saudáveis.

Só 3% dos diabéticos revelam que o seguimento por outras especialidades influencia de forma negativa os cuidados que têm com a sua alimentação.

Os resultados encontrados são concordantes com a afirmação de Saatci *et al.* (2010), estes referem que as restrições à liberdade na dieta têm um grande impacto negativo na qualidade de vida, uma vez que irão impor limites até então inexistentes.

Estes doentes ao serem acompanhados por outras especialidades, nomeadamente um nutricionista, irão ser submetidos a determinadas condicionantes ao nível alimentar, que até então não adotariam. Logo, do ponto de vista do doente terá um impacto negativo, uma vez que os vai “obrigar” a modificar hábitos alimentares provavelmente já fortemente enraizados e de uma forma geral serão incitados a adotar estilos de vida mais saudáveis, mas que vão implicar sempre mudanças.

Verificou-se que não existe relação estatisticamente significativa entre a idade e os indicadores de satisfação, identificando-se apenas uma exceção. Relativamente à melhoria de tratamento, verificou-se que existe relação com a variável idade. O grupo etário que se encontra mais insatisfeito com a melhoria de tratamento é dos [30-50] anos e a que mais valoriza a melhoria de tratamento é a faixa etária dos [50-70[anos.

Embora tenham sido encontrados estudos que, em certa parte corroboram com os resultados encontrados, fica por explicar a razão pela qual a faixa etária dos [30-50] anos está mais insatisfeita com a melhoria de tratamento, bem como, o porquê da faixa etária dos [50-70[anos estar mais satisfeita com a melhoria de tratamento.

No que diz respeito à inexistência de relação entre a satisfação e a idade Biderman *et al.* (2009) apresentaram o mesmo resultado, isto é, não obtiveram correlação entre idade e satisfação com o tratamento recebido.

Também Alazri e Neal (2003) verificaram no seu estudo que não houve relação entre a satisfação global e outros fatores, como idade, género, duração da diabetes e presença de complicações.

Estes resultados suscitam a procura por uma explicação e de algumas interrogações. O diagnóstico de uma patologia crónica é um momento difícil, uma vez que implica a adoção de diversas mudanças, com vista a alcançar o desejado controlo da doença. Os doentes pertencentes a uma faixa etária mais jovem sentem-se mais insatisfeitos quanto a melhoria de tratamento, uma vez que não existe uma cura, mas sim um tratamento contínuo que permite ao doente viver com a doença. Esta situação pode dever-se à difícil aceitação do diagnóstico de uma doença que os acompanhará para o resto da sua vida e também ao pouco conhecimento científico acerca da patologia. Se observarmos este indicador de forma longitudinal e tendo em conta que à medida que a idade vai avançando surgem mecanismos mais eficazes de adaptação à patologia, é com normalidade que observamos uma maior satisfação com a melhoria de tratamento numa faixa etária com mais idade.

Porém, surgem algumas questões: os resultados obtidos serão reflexo da personalidade dos diabéticos, de fatores relacionados com a doença ou do contexto sociocultural onde se encontram envolvidos? Sugere-se a realização de estudos semelhantes neste âmbito para se poder dar resposta a estas questões, enriquecendo assim os conhecimentos acerca da diabetes tipo II.

No que concerne à relação entre a satisfação e o género, os resultados permitem concluir que a satisfação não se configura diferente consoante o género dos diabéticos tipo II.

Os resultados obtidos estão em consonância com a opinião de Al-Aujan *et al.* (2012), que não encontraram associação entre a satisfação com o tratamento e o género. Também Saatci *et al.* (2010) afirmam que não foi possível encontrarem uma associação significativa entre o género e a satisfação com o tratamento.

Contudo, há evidências que contrariam esta posição. De acordo com Biderman *et al.* (2009) os diabéticos do género feminino manifestaram menor satisfação com o tratamento do que os diabéticos do género masculino.

Por outro lado Nicolucci *et al.* (2009) e Rubin e Peyrot (1999) depararam-se com resultados opostos aos dos autores supracitados, uma vez que nos estudos que desenvolveram, o género masculino se encontrava mais satisfeito com o seu regime de tratamento para a diabetes. Consequentemente perderam menos dias

de trabalho e de lazer, em função da sua patologia, que o género feminino. Para o género masculino o “peso” da diabetes é menos significativo e tem menos impacto que no género feminino, manifestando-se numa satisfação mais acentuada (*idem*).

Então, seria de todo pertinente aprofundar os motivos que intrinsecamente influenciam a satisfação dos diabéticos tendo em conta o seu género. Uma vez que estes poderiam constituir-se como um fator que auxiliaria na complexa gestão da diabetes.

Considerando a relação entre a satisfação e as complicações associadas à diabetes, verifica-se que os doentes que não apresentam alterações ao nível da visão se encontram mais insatisfeitos com a informação recebida.

Os resultados alcançados são dissonantes das conclusões obtidas num estudo por Redekop *et al.* (2002), na medida em que estes autores verificaram a inexistência de uma associação entre a presença de complicações e o nível de satisfação com o tratamento, a mesma situação foi reportada por Hirsch *et al.* (2000).

O estudo desenvolvido por Biderman *et al.* (2009) vai no mesmo sentido que os autores supracitados, estes referem que não existe associação estatisticamente significativa entre presença de comorbilidades e satisfação com o tratamento, apesar da elevada prevalência de comorbilidades. O autor justifica os resultados tendo em conta o facto de uma das comorbilidades mais prevalente ser a hipertensão arterial, logo trata-se de uma doença silenciosa, que não manifesta no imediato sintomatologia e em muitos casos a convivência com o portador é pacífica. O mesmo acontece no presente estudo em que a hipertensão arterial e o colesterol elevado prevalecem enquanto comorbilidades. Para o diabético a curto e médio prazo a sua relação com estas doenças não irá causar problemas significativos, daí e mesmo não se mostrar insatisfeito com a sua presença.

Contudo Nicolucci *et al.* (2009) contrapõem as evidências expostas. Estes verificaram uma menor satisfação com o tratamento na presença de qualquer complicação que esteja associada à diabetes e um declínio constante na satisfação com o tratamento com o aumento do número de complicações.

Por seu lado, Al-Aujan *et al.* (2012) evidenciam que os índices de satisfação foram mais elevados em doentes sem complicações, apesar de a relação não ser estatisticamente significativa.

Efetivamente não foram encontrados estudos que evidenciem uma maior insatisfação com a informação por parte dos diabéticos que não apresentam alterações ao nível da visão.

Contudo Silva *et al.* (2003) ajudam a perceber esta questão, uma vez que defendem que para os doentes portadores de patologia crónica, torna-se mais difícil gerir a incerteza/dúvida do agravamento da complicação crónica do que efetivamente com a sua presença. O autor apresenta como exemplo a retinopatia diabética, uma condição frequentemente instável, que faz com que os doentes alternem entre o sentir que o problema estabilizou e o sentir que está a ocorrer um agravamento e que consequentemente estão a perder a visão. Estes sentimentos de incerteza, aliados a uma falta de conhecimentos e de informação sobre os objetivos/formas de tratamento, traduzem-se num impacto severo desta complicação crónica na vida dos diabéticos.

Estes resultados levam a pensar que os diabéticos inquiridos se aperceberem da gravidade que uma alteração neste sistema implica (em ultimo caso a cegueira) e vai conduzir a que a sua forma de visualizar a diabetes mude por completo, uma vez que vai alterar a sua auto percepção e a sua vida social, daí a sua insatisfação com a informação recebida.

Apenas 3% dos diabéticos expressa que o seguimento por outras especialidades influencia de forma negativa a melhoria de tratamento.

Apesar de se apresentar como uma mais-valia o seguimento por outras especialidades, uma vez que acompanhamento do diabético será mais abrangente e personalizado, ouve cerca de 3% dos diabéticos que expressaram que o seguimento por outras especialidades influencia de forma negativa a melhoria de tratamento.

Já Biderman *et al.* (2009) são concordantes com os resultados deste estudo, ao relatarem que os diabéticos cujo acompanhamento é realizado pelo médico de família estão mais satisfeitos do que aqueles que são seguidos por um médico especialista. Esta situação pode ser justificada em termos de acessibilidade,

continuidade dos cuidados e confiança. O autor afirma que os diabéticos cujo tratamento em termos de acessibilidade ficava mais perto de sua casa se encontravam mais satisfeitos do que aqueles que se tem de deslocar. A grande maioria dos inquiridos por este estudo é abrangido através da sua área de residência ao centro de saúde onde foram aplicados os questionários. Como as deslocações são mínimas e causam um transtorno insignificante estes não se sentem insatisfeitos. Por seu lado, quando o seguimento é realizado por um especialista, a deslocação é superior uma vez que se têm de dirigir a uma instituição de saúde privada ou ao hospital de referência, causando diversos transtornos. Também pelo fato do especialista não conhecer tão bem o diabético em tratamento pode levar a que se gerem sentimentos de desconfiança, que vão entrar em conflito com a melhoria no tratamento.

O médico de família é um elo de referência no seu tratamento, uma vez que além da patologia em estudo, segue o doente ao longo do seu ciclo de vida, permitindo que haja continuidade dos cuidados e estabelecimento de uma relação de confiança como tal, o diabético sentir-se-á mais satisfeito com esta situação (Alazri e Neal, 2003).

Uma utilização de recursos adequada permitirá aos doentes sentir que têm o acompanhamento apropriado e alcançar melhores resultados clínicos, sentindo-se mais satisfeitos com o tratamento recebido (*idem*).

Sendo que, doentes satisfeitos são mais aderentes às recomendações sobre hábitos alimentares, atividade física, terapêutica medicamentosa e consultas de diabetologia de forma a manterem acompanhamento/seguimento (*ibidem*).

Contudo também há alguns estudos que têm demonstrado melhores resultados clínicos em doentes cujo tratamento é realizado em clínicas especializadas em diabetes (Nicolucci *et al.* 2009). Isso pode estar relacionado com a perceção subjetiva do doente em sentir-se mais seguro, quando tratado por um especialista competente, em ambiente hospitalar, ou a uma realidade objetiva de ser o alvo do tratamento numa equipa multiprofissional, que proporcionará mais tempo e dedicação para o doente (*idem*).

No que concerne à relação entre a satisfação e a qualidade de vida dos diabéticos tipo II, verificou-se que não existe.

Redekop *et al.* (2002) também reportaram resultados que vão de encontro ao do estudo em discussão, na pesquisa que desenvolveram, direcionada à satisfação com o tratamento. Estes encontraram uma baixa correlação entre a satisfação com o tratamento e a qualidade de vida relacionada com a saúde, indicando que estas duas variáveis são dois fenômenos bastante distintos.

Contudo, verificou-se que em 14% dos diabéticos inquiridos a melhoria de tratamento influencia de forma positiva a sua qualidade de vida, nomeadamente as suas atividades de vida diárias.

Salienta-se que, embora não tenham sido encontrados estudos neste âmbito específico, importa demonstrar que existem evidências que nos levam a compreender estes resultados.

Na diabetes, demonstrou-se que o aumento da satisfação com o tratamento está associado a um melhor controlo glicémico, sugerindo que uma maior satisfação está relacionada com melhores resultados clínicos (Nicolucci *et al.* 2009). Ou seja o facto de se verificar uma harmonia entre os prestadores de cuidados de saúde e os diabéticos permite que os últimos adotem as medidas mais indicadas no seu tratamento (Al-Aujan *et al.* 2012).

Para Sixma *et al.* (2000) a satisfação dos doentes com os médicos de família depende em primeiro lugar e acima de tudo, da atitude do clínico para com o doente e do grau de comunicação. A comunicação eficaz fará com que os doentes se sintam mais satisfeitos com o tratamento recebido e esta situação refletir-se-á no seu dia-a-dia, melhorando a sua qualidade de vida. Este processo de escuta ativa de ambas as partes pode ajudar o médico a orientar e planear intervenções que irão melhorar os resultados clínicos do diabético.

A satisfação dos recetores de cuidados reflete-se numa maior adesão ao regime terapêutico, que levará a uma melhoria no tratamento e que por sua vez irá traduzir-se num melhor desempenho das suas atividades de vida diárias. Estando todos os procedimentos inerentes à diabetes controlados, o doente pode desempenhar ativamente os seus papéis diários, sem correr o risco de sofrer transtornos causados pela sintomatologia da patologia (por exemplo: hipoglicémias/ hiperglicémias).

Al-Aujan *et al.* (2012) acrescentam que doentes satisfeitos demonstram maior adesão no cumprimento da terapêutica, adotam estilos de vida mais saudáveis, uma vez que alteram hábitos alimentares, passam a realizar exercício físico e tendem a cumprir o seguimento da sua doença em consultas de diabetologia. É de todo importante fornecer suporte aos doentes que se encontrem insatisfeitos, com o intuito de melhorar a sua adesão ao tratamento e consequentemente influenciar positivamente os seus resultados clínicos.

Essa rede de apoio consistirá numa equipa de cuidados multidisciplinar (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas), onde todos colaboram na prestação de cuidados aos diabéticos. Estes irão focar-se no esclarecimento e aconselhamento acerca da terapêutica instituída, das questões relacionadas com as complicações associadas à diabetes, através de programas de educação para a saúde. Todas estas intervenções levarão, a que o diabético possa diminuir a intolerância a esses problemas e assim melhorar satisfação com o tratamento e consequentemente a sua qualidade de vida (*idem*).

No estudo levado a cabo por Saatci *et al.* (2010) também encontraram uma correlação significativa entre a satisfação do tratamento e qualidade de vida dos doentes diabéticos. Segundo o autor este era um resultado previsível, uma vez que os índices de satisfação e de qualidade de vida da amostra por ele estudada são elevados. Os diabéticos alvo deste estudo também revelaram resultados semelhantes.

Nicolucci *et al.* (2009) apresentaram correlações significativas em todas as dimensões da satisfação com o tratamento em diabéticos tipo II e a qualidade de vida dos mesmos, ou seja o facto de os diabéticos apresentarem scores elevados na satisfação e na qualidade de vida de forma individual, fará com que tudo o que influencie de forma a elevar essas pontuações faça com que a relação entre ambos sai favorecida e fortalecida em prol de um aumento de bem-estar geral do diabético. Este verificou o significado que a perceção da eficácia do tratamento tem nestes doentes, uma vez que desempenha um papel importante na determinação da satisfação com o tratamento e consequentemente na qualidade de vida.

Esta apreciação é, no entanto, condicionada por algumas limitações que surgiram com o decorrer do processo de investigação e podem resultar num enviesamento dos resultados encontrados, pelo que é necessária prudência na interpretação e generalização dos resultados.

A primeira limitação a considerar prende-se com o facto de não terem sido encontrados muitos estudos realizados em Portugal, na área da satisfação com o tratamento e qualidade de vida em diabéticos tipo II, o que condiciona e dificulta a compreensão dos resultados. Optou-se por evidenciar os resultados obtidos e direccionar para o objetivo final.

Outros aspetos não menos relevantes relacionam-se com facto do tamanho da amostra ser reduzido e com o tipo de amostragem. O tempo limitado para realizar a colheita de dados veio revelar-se num facto fundamental no tamanho da mesma.

O método de amostragem de que foi feito uso foi a amostragem por conveniência ou amostragem accidental. O problema presente neste tipo de amostragem é o facto dos sujeitos disponíveis poderem ser atípicos da população, deste modo o investigador incorre no risco de parcialidade e resultados erróneos. Como tal, deve-se ter cautela na interpretação dos resultados e generalização dos mesmos neste tipo de estudo que usam esta modelo de amostragem (Polit *et al.* 2006).

Por outro lado, o facto do instrumento de colheita de dados ser um pouco extenso, constituiu uma provável limitação, já que o seu preenchimento pode ser moroso, levando a um possível enviesamento das respostas dadas.

A realização de um estudo de maiores dimensões poderá vir a colmatar as limitações verificadas.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de uma doença crónica representa para o indivíduo, uma fonte de preocupação e de angústia, que leva facilmente a alterações comportamentais, cognitivas e afetivas, que se irão refletir negativamente em si e nos que estão ao seu redor.

Efetivamente, a vivência de uma doença crónica impõe alterações na qualidade de vida e também na satisfação com o tratamento recebido, já que o indivíduo tem de efetuar mudanças necessárias e irreversíveis na sua vida, ativando um conjunto de recursos necessários à sua adaptação, principalmente quando se trata de uma doença que induz incerteza quanto às suas implicações no futuro, como é o caso da diabetes. A diabetes, segundo vários autores, revela-se como uma das mais exigentes doenças crónicas, quer a nível físico, quer psicológico, já que impõe a uma integração na vida diária e uma adesão permanente e continuada no tempo.

No estudo em causa a existência de uma doença crónica não condicionou a avaliação dos doentes acerca do seu estado de saúde em geral, uma vez que consideram ser detentores de uma boa qualidade de vida e estão muito satisfeitos com o tratamento recebido.

Tendo em conta os objetivos traçados para este estudo, verificou-se que a idade, o género, as comorbilidades e a utilização de recursos influenciam a qualidade de vida dos diabéticos tipo II.

Relativamente à idade, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida, avaliada pela DHP-18 e a idade. Quanto à qualidade de vida avaliada pela EQ-5D-5L, verificou-se que o aumento da idade se traduz num acréscimo de qualidade de vida. No que concerne à qualidade de vida avaliada pela escala EQ-VAS, verificou-se que o aumento da idade se traduz num decréscimo da qualidade de vida.

Ao analisar a variável género, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida avaliada pela DHP-tensão psicológica e o género, sendo que, os diabéticos do género feminino sentem uma maior pressão a nível psicológico. Relativamente à qualidade de vida

avaliada pela EQ-5D-5L, verificou-se que a qualidade de vida dos diabéticos do género feminino é superior à do género masculino. No que diz respeito à qualidade de vida avaliada pela EQ-VAS, verificou-se que a qualidade de vida do género masculino é superior ao género feminino.

Nas comorbilidades, verificou-se que não existe relação com a qualidade de vida avaliada pela DHP-18. Contudo, verificou-se que existe relação entre a qualidade de vida (EQ-5D-5L/ EQ-VAS) e os problemas urinários, bexiga ou rins. No que diz respeito à EQ-5D-5L, verificou-se que os diabéticos que têm alterações neste sistema apresentam maior qualidade de vida. Já na EQ-VAS os diabéticos que não têm alterações neste sistema apresentam maior qualidade de vida.

Quanto à associação entre a utilização de recursos e a qualidade de vida verificou-se que 8,4% dos diabéticos transmite que o seguimento por outras especialidades tem um efeito negativo na sua qualidade de vida, nomeadamente nas atividades de vida diária. E 3% dos diabéticos revela que o seguimento por outras especialidades influencia de forma negativa os cuidados que têm com a sua alimentação.

No que concerne aos determinantes da satisfação com o tratamento dos diabéticos tipo II, verificou-se que a idade, as comorbilidades e a utilização de recursos a influenciam.

Relativamente à melhoria de tratamento, verificou-se que existe relação com a variável idade. O grupo etário que se encontra mais insatisfeito com a melhoria de tratamento é dos [30-50] anos e a que mais valoriza a melhoria de tratamento é a faixa etária dos [50-70] anos.

Na relação entre a satisfação e as complicações associadas à diabetes, verifica-se que os doentes que não apresentam alterações ao nível da visão se encontram mais insatisfeitos com a informação recebida.

Quanto à utilização de recursos, apenas 3% dos diabéticos expressa que o seguimento por outras especialidades influencia de forma negativa a melhoria de tratamento.

No que concerne à relação entre a satisfação com o tratamento e a qualidade de vida dos diabéticos tipo II, verificou-se que 14% dos diabéticos inquiridos revela

que a melhoria de tratamento influencia de forma positiva a sua qualidade de vida, nomeadamente as suas atividades de vida diárias.

A principal contribuição deste estudo foi permitir conhecer uma realidade até então pouco estudada em Portugal e que tem um contributo importante para a vida dos doentes, profissionais de saúde e respectivas instituições prestadoras de cuidados de saúde. Também permitiu identificar características que influenciam de forma determinante a qualidade de vida e satisfação com o tratamento recebido.

Como ponto forte desta investigação destaca-se a análise exaustiva à qualidade de vida e à satisfação com o tratamento dos diabéticos tipo II, permitindo compreendê-las e potenciar os resultados de forma a facultar às instituições indicadores que irão auxiliar numa melhor gestão da diabetes. Outro ponto forte é o facto de poder servir de comparação para estudos semelhantes que possam vir a ser realizados.

Convém, todavia salientar que as limitações do presente estudo devem ser tidas em conta, pelo que os resultados devem ser interpretados com prudência acrescida. Deste modo, considera-se pertinente continuar o estudo com diabéticos tipo II, numa amostra mais representativa da população e de forma mais pormenorizada, de modo a explorar as relações entre as variáveis e generalizar esses resultados com mais segurança.

Os dados obtidos neste estudo permitiram identificar fatores que influenciam a qualidade de vida e a satisfação com o tratamento dos diabéticos tipo II. Este contributo permite munir os prestadores de cuidados de saúde com estratégias o mais direcionadas possíveis de forma a suprir as necessidades específicas destes doentes. Estas intervenções irão melhorar a qualidade de vida, a satisfação com o tratamento e possivelmente influenciar positivamente os resultados clínicos através de uma gestão da doença mais eficaz.

BIBLIOGRAFIA

Aguiar, Carlos C. T.; Vieira, Anya P. G. F.; Carvalho, André F.; Montenegro-Junior, Renan M. (2008) "Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito" *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 52(6), 931-939.

Aguiar, Carlos C. T.; Vieira, Anya P. G. F.; Carvalho, André F.; Montenegro-junior, Renan M. (2008) "Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde na Diabetes Melito". *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* 52(6), 931-939.

Al-Aujan, S.; Al-Aqeel, S.; Al-Harbi, A.; Al-Abdullatif, E. (2012) "Patients' satisfaction with diabetes medications in one hospital, Saudi Arabia" *Patient Preference and Adherence*. 6, 735-740.

Alazri, M. H.; Neal, R.D. (2003) "The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in Type 2 diabetes mellitus" *Diabetic Medicine*. 20(6), 486-490.

Alves, Carlos T. (2003) *Satisfação do consumidor*. Lisboa: Escolar Editora.

Aspinal, F.; Addington-Hall; Hughes, R. Higginson, I.J. (2003) "Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature". *Journal of Advanced Nursing*. 42(4), 324-339.

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2004) *Viver com a diabetes*. Lisboa: Climepsi.

Berlim, M. T.; Fleck, M. P.A. (2003) "Quality of live: a brand new concept for research and practice in psychiatry" *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25, 249-252.

Biderman, Aya; Noff, Enav; Harris, Stewart B.; Friedman, Nurit; Levy, Amalia (2009) "Treatment satisfaction of diabetic patients: what are the contributing factors?" *Family Practice*. 26 (2), 102-108.

Bradley, C.; Todd, C.; Gorton, T.; Symonds, E.; Martin, A.; Plowright, R. (1999) "The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL" *Quality of Life Research*. 8, 79-91.

Camarneiro, Ana Paula F.; Couto, Laura M. S. L. (2002) *Desafios na Diabetes*. Coimbra: Formasau.

Carmo, H.; Ferreira, M. (1998) *Metodologia da Investigação: guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta de Lisboa.

Carr-Hill, R. A. (1992) "The measurement of patient satisfaction". *Journal of Public Health Medicine*. 14 (3), 236-249.

Cassmayer, Virginia L. (1995) "Intervenções junto de pessoas com diabetes mellitus e hipoglicémia" in Phipps, Wilma J. *et al. Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. Lisboa: Lusodidacta.

Castro, Carmen L. N.; Braulio, Valeria B.; Dantas, Frederico A. L.; Couto, Ana P. C. B. (2008) "Qualidade de vida em diabetes mellitus e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - estudo de alguns aspectos" *Acta Fisiátrica*. 15(1), 13-17.

Coelho-Moos, Eduardo (2002) "Deixar de Ver - Continuar a Sentir". *Diabetes*. 24, 12-13.

Collins, K.; Nicolson, P. (2002) "The meaning of satisfaction for people with dermatological problems: Reassessing approaches to qualitative health psychology research". *Journal of Health Psychology*. 7(5), 615-629.

Cunha, Marcus V. M.; Borges, Adilson A.; Fachel, Jandyra M. G. (1997) "Esquema CBF para a Mensuração da Satisfação de Clientes: uma Proposta Conceitual e Prática".
http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_1998/MKT/1998_MKT13.pdf [18 de novembro de 2013].

Diabetes profile patient research (2013) <http://www.diabetesprofile.com/19> [17 de outubro de 2013].

Donabedian, A. (1986) "Quality Assurance in Our Health Care System" *American Journal of Medical Quality*. 1, 6-12.

Esperidião, Monique A. (2006) "Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais" *Caderno Saúde Pública*. 22(6), 1267-1276.

Falcão, F. (2004) "Satisfação na relação Enfermeiro-Utente" *Revista de Investigação em Enfermagem*. 9, 45-50.

Ferreira, Francielle S.; Santos, Claudia B. (2009) "Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe saúde da família" *Revista de Enfermagem*. 7(3), 406-411.

Ferreira, Maria M. P.; Veríssimo, Manuel T. (2008) "Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26(2), 37-60.

Ferreira, P. L.; Raposo, V.; Godinho, P. (2005) *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ferreira, Pedro L. (2012) "Qualidade de vida e diabetes" Relatório de atividades da Sociedade Portuguesa de Diabetologia do Ano 2012 Boletim nº4, <http://www.spd.pt/index.php/qualidade-de-vida-e-diabetes-mainmenu-107> [10 de Outubro de 2013].

Ferreira, Pedro L.; Ferreira, Lara N. ; Pereira, Luís N. (2013) "Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D". *Acta Medica Portuguesa*. 26(6), 664-675.

Figuerola, Daniel (2003) *Diabetes*. Barcelona: Masson.

Flick, U. (2005) *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor - Projetos e Edições Lda.

Fortin, M. (2003) *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M.; Côté, J.; Fillion, F. (2009) *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Frayman, L.; Cukiert, Arthur; Forster, Cassio; Ferreira, Viviane B.; Buratini, José A. (1999) "Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia epilepsia" *Arquivos Neuro-Psiquiatria*. 57(1), 30-33.

Gagliardi, Antonio R.T. (2003) "Neuropatia diabética periférica". *Jornal Vascular Brasileiro*. 2(1), 67-74.

Gardete-Correia, L.; Boavida, J. M.; Raposo, J. F.; Mesquita, A. C.; Fona, C.; Carvalho, R.; Massano-Cardoso, S. (2010) "First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study". *Diabetic Medicine*. 27 (8), 879-881.

GROSS, Jorge L.; Silveiro, Sandra P.; Camargo, Joíza L.; Reichelt, Angela J.; Azevedo, Mirela J. (2002) "Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico". *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. 46(1), 16-26.

Guimarães, Maria C. V. (2009) *Satisfação do utente e qualidade apercebida no Centro de saúde do Aldoar*. Mestrado em Qualidade. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1414/3/dm_mariaconceicaoguimaraes.pdf [18 de novembro de 2013].

Hespanhol, Alberto A. O. P. (2008) "Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006)" *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 24(6), 665 - 670.

Hinz, A.; Kohlmann, T.; Stöbel-Richter, Y.; Zenger, M.; Brähler, E. (2013) "The quality of life questionnaire EQ-5D-5L: psychometric properties and normative values for the general German population" *Quality of Life Research*. 23(2), 443-447.

Hirsch, A.; Bartholomae, C.; Volmer, T. (2000) "Dimensions of quality of life in people with non-insulin-dependent diabetes" *Quality of Life Research*. 9(2), 207-218.

Hout, Bem V.; Janssen, M.F.; Feng, You-Shan; Kohlmann, Thomas; Busschbach, Jan; Golicki, Dominik; Lloyd, Andrew; Scalone, Luciana; Kind, Paul; Pickard, A. S. (2012) "Interim Scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L Value Sets". *Value in Health*. 15(5), 708-715.

Internacional Diabetes Federation (2013) Diabetes Atlas- sixth edition. Bruxelas, Bélgica: International Diabetes Federation <http://www.idf.org/diabetesatlas> [31 de Março 2014].

Jacobson, A. M. (2004) "Impact of improved glycemic control on quality of life in patients with diabetes" *Endocrine Practice*. 10(6), 502-508.

Leventhal, E.A.; Prohaska, T.R. (1986) "Age, symptom interpretation, and health behavior" *Journal of the American Geriatrics Society*. 34(3), 185-191.

Lloyd, Adam; Sawyer, William; Hopkinson, Patrick (2001) "Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin" *Value Health*. 4(5), 392-400.

López, J.A.F. (1996) "La calidad de vida: un tema de investigacion necesario: concepto y método" *Medicina Integral*. 27(2), 75-78.

McIntyre, T.; Silva, S. (1999) *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: Relatório final sumário*. ARS Norte e UM.

Melo, Maria da Luz (2005) *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.

Muldoon, M. F.; Barger, S. D.; Flory, J. D.; Manuck, S. B. (1998) "What are quality of life measurements measuring?" *British Medical Journal*. 316(7130), 542-545.

Neves, Maria A. (2002) "A tomada de decisão em enfermagem". *Pensar Enfermagem*. 6(2), 25-36.

Nicolucci, A.; Cucinotta, D.; Squatrito, S.; Lapolla, A.; Musacchio, N.; Leotta, S.; Vitali, L.; Bulotta, A.; Nicoziani, P.; Coronel, G. (2009) "Clinical and socio-economic correlates of quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes" *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*. 19(1), 45-53.

OCDE (2012) Health at a Glance: Diabetes prevalence and incidence. Europe. <http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/8112121ec017.pdf?expires=1397683465&id=id&accname=guest&checksum=AD7715E3C8D721A983762253AA705C1D> [31 de Março 2014].

Oliveira, C. G. (1992) *Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

OMS (2013) "Diabetes Programme" <http://www.who.int/diabetes/en/> [25 Setembro de 2013].

Pais Ribeiro, J. L. (2007) *Introdução à Psicologia da Saúde: Psicologia e Saúde*. Coimbra: Quarteto.

Pereira, Renata J.; Cotta, Rosângela M. M.; Franceschini, Sylvia C. C.; Ribeiro, Rita C. L.; Sampaio, Rosana F.; Priore, Silvia E.; Cecon, Paulo R. (2006) "Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos" *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 28(1), 27-38.

Pestana, Maria H. ; Gageiro, João N. (2005) *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Petterson, Tim; Lee, Pauline; Hollis, Sally; Young, Bob; Newton, Peggy; Dornan, Tim (1998) "Well-Being and Treatment Satisfaction in Older People With Diabetes" *Diabetes Care*. 21(6), 930-935.

Pickup, John C.; Williams, Gareth (2003) *Textbook of diabetes: Slide Atlas*. Oxford: Blackwell Science.

Polit, D.; Beck, C.; Hungler, B. (2004) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artemed.

Raposo, João F. (2002) "Retinopatia e Controle Metabólico". *Diabetes*. 24, 10-11.

Redekop, W. K.; Koopmanschap, M.A.; Stolk, R. P.; Rutten, G. E.; Wolffenbuttel, B. H.; Niessen, L.W. (2002) "Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes" *Diabetes Care*. 25(3), 458-463.

Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2013) *Diabetes: Factos e Números 2013*. Portugal: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Ribeiro, José L. P.; Meneses, Rute F.; Meneses, Isabel; GRU.PO-QVD (1998) "Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1" *Análise Psicológica*. 1(21), 91-100.

Ruas, M. A. (2003) "Classificação, nomenclatura e diagnóstico - Novos critérios na diabetes mellitus". *Mundo Médico*. 12, 22 -24.

Rubin, Richard R.; Peyrot, Mark (1999) "Quality of Life and Diabetes" *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 15(3), 205-218.

Saatci, E.; Tahmiscioglu, G.; Bozdemir, N.; Akpinar, E.; Ozcan, S.; Kurdak, H. (2010) "The well-being and treatment satisfaction of diabetic patients in primary care" *Health and Quality of Life Outcomes*. 8:67.

Schwartzmann, Laura.(2003) "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales" *Ciência y enfermaria*. 2, 9-21.

Seidl, Eliane M. F.; Zannon, Célia M. L. (2004) "Qualidade de Vida e Saúde: aspetos conceituais e metodológicos" *Cadernos de Saúde Pública*. 20(2), 580-588.

Silva, A. R. (2011) *Qualidade de vida e estratégias de coping em doentes oncológicos e qualidade de vida em cuidadores informais: um estudo exploratório*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Silva, Isabel L. (2006) *Psicologia da Diabetes: análise dos aspectos psicossociais, problemática e intervenção*. Coimbra: Quarteto.

Silva, Isabel L. (2006) *Psicologia da Diabetes: análise dos aspetos psicossociais, problemática e intervenção*. Coimbra: Quarteto.

Silva, Isabel; Pais-Ribeiro, José; Cardoso, Helena; Ramos, Helena; Carvalhosa, Suzana F.; Dias, Sónia; Gonçalves, Aldina (2003) "Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes". *Psicologia, Saúde e Doença*. 1, 21-32.

Silva, Isabel; Pais-Ribeiro, José; Cardoso, Helena; Ramos, Helena (2003) "Qualidade de vida e complicações crónica da diabetes". *Análise Psicológica*. 2 (21), 185-194.

Sixma, H. J.; Van Campen, C.; Kerssens, J. J.; Peters, L. (2000) "Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-elderly instrument" *Age and Ageing*. 29(2), 173-178.

Sousa, Maria R.; Peixoto, Maria J.; Martins, Teresa (2008) "Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico" *Revista Referência*. 2(8), 59-67.

Souza, Tania T.; Santini, Luciana; Wada, Silvia A.; Vasco, Carolina F.; Kimura, Miako (1997) "Qualidade de vida da pessoa diabética" *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 31(1),150-164.

The EuroQol Group (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16(3),199-208.

The WHOQOL Group (1995) "The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization" *Social Science & Medicine* http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [10 de Outubro de 2013].

University of Michigan Health System "Michigan Diabetes Research and Training Center" <http://www.med.umich.edu> [17 de outubro de 2013].

Vaz, Célia R.O.T. (2008) *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. Mestrado de Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta. <https://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf> [15 de dezembro de 2013].

Vecchia, Roberta D.; Ruiz, Tania; Bocchi, Silvia C. M.; Corrente, Eduardo (2005) "Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo" *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 8(3), 246-252.

Vinagre, Manuel M. (2002) "Os seus olhos e a Diabetes". *Diabetes*. 24, 6-8.

Vuori, H. (1987) "Patient satisfaction - an attribute or indicator of the quality of care?" *Quality review bulletin*. 13 (3), 106-108.

Wartman, Steven A.; Morlock, Laura L.; Malitz, Faye E.; Palm, Elaine A. (1983) "Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance" *Medical Care*. 21(9), 386-391.

Weiss, G.L. (1988) Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Medical Care*. 26 (4), 383-392.

WHO (1994) Prevention of diabetes mellitus - report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_844.pdf [31 de Março 2014].

Williams, B.; Coyle, J.; Healy, D. (1998) "The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels". *Social Science & Medicine*. 47(9), 1351-1359.

Wredling, R.; Stalhammar, J.; Adamson, U.; Berne, C.; Larsson, Y.; Ostman, J. (1995) "Well-being and treatment satisfaction in adults with diabetes: A Swedish population-based study" *Quality of Life Research*. 4(6), 515-522.

ANEXOS

ANEXO I - Questionário referente ao estudo “A satisfação com o tratamento da sua diabetes”

A SUA SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO DA SUA DIABETES

Exmo. Senhor (a)

Eu, Cláudia Marina Cruz Azenha, na qualidade de aluna do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra gostaria de contar com a sua participação num estudo que estou a realizar neste Centro de Saúde. O objetivo deste trabalho é analisar a satisfação dos doentes diabéticos com o tratamento recebido e de que forma, este influencia na sua adesão ao tratamento.

Na análise dos dados colhidos através deste questionário, garanto completa confidencialidade, uma vez que, todas as informações por si fornecidas serão sigilosas, e nunca as suas respostas poderão ser identificadas.

Obrigada pela sua colaboração

Secção 1 – UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

Em primeiro lugar, gostaria de lhe perguntar sobre os cuidados de saúde que recebeu recentemente. Por favor, responda a todas as perguntas, preenchendo os espaços em branco, ou marcando a opção correta.

1. Durante as últimas 4 semanas, quantas consultas teve por causa da sua diabetes? _____ consultas

2. Há quanto tempo...

	Fui ainda este ano	Fui entre 1- 2 anos	Fui entre 2- 3 anos	Há mais de três anos	Nunca
Foi a um oftalmologista?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Foi a um nutricionista?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Fez análise à hemoglobina A1c (Também é conhecido como hemoglobina glicada ou hemoglobina glicosilada, trata-se de um teste que mede o nível médio de açúcar no sangue ao longo dos últimos meses)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Fez a sua última análise ao colesterol?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Fez a sua última análise à urina?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3. Verifica regularmente...

	Nunca	Sim, mensalment e	Sim, semanalmente	Sim, diariamente
A sua glicose? (mede o seu açúcar no sangue)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Os seus pés para detectar alterações?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

4. Já foi hospitalizado/a por causa da sua diabetes? ☐₁ Sim ☐₂ Não ☐₃ Não sei

Secção 2 – MEDICAÇÃO

1. Atualmente administra (usa) insulina? ☐₁ Sim ☐₂ Não

Se SIM, quantas vezes durante o dia, administra insulina? _____

há quanto tempo administra insulina? _____ anos _____ meses

2. Que medicação está a tomar para a diabetes? _____

Secção 3 – SATISFAÇÃO

1. Estas questões são sobre o tratamento da diabetes que recebeu recentemente.
Por favor coloque apenas uma cruz em cada linha.

	Discordo fortemente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo fortemente
Estou muito satisfeito com o tratamento que recebo para a diabetes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
A maioria das pessoas recebe um tratamento para a diabetes que poderia ser melhor	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
O tratamento para a diabetes que tenho recebido nos últimos anos é quase perfeito	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Existem aspetos no tratamento da diabetes que eu recebo que poderiam ser melhores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Quem é o seu prestador de cuidados de saúde no tratamento/seguimento da diabetes?

(marque apenas uma opção)

☐₁ Médico de família

☐₂ Médico Hospitalar

☐₃ Outro (especifique) _____

☐₄ Ninguém, não tenho um prestador de cuidados de saúde regular no tratamento da diabetes

3. Ao longo dos últimos 12 meses, como classificaria os cuidados que recebeu no tratamento da diabetes em relação aos seguintes aspetos:

	Maus	Razoáveis	Bons	Muito bons	Excelentes
Informação sobre o passo/etapa seguinte no seu tratamento	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Informação dos diferentes prestadores de cuidados de saúde sobre o seu tratamento e os seus últimos exames	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Comunicação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, tendo em conta o seu tratamento	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Saber a quem perguntar quando teve dúvidas sobre a sua saúde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Secção 4 – COMORBILIDADES

1. Já lhe foi diagnosticado algum dos seguintes problemas de saúde?

Por favor coloque apenas uma cruz em cada linha.

Olhos/visão	Sim	Não	Não sei
Cataratas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Glaucoma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Descolamento da retina	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Retinopatia (diabética)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Cegueira	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Degenerescência macular (diminuição acentuada e irreversível da visão)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Edema macular	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Coração/problemas circulatórios	Sim	Não	Não sei
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Angina	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Problemas urinários, bexiga ou rins	Sim	Não	Não sei
Pielonefrite ou cistite (infecção nos rins ou na bexiga)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Insuficiência renal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Proteínas na urina	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Aumento da próstata (apenas homens)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Vaginite (apenas mulheres)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Problemas com os pés ou pernas	Sim	Não	Não sei
Doença vascular periférica (má circulação nas pernas)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Claudicação intermitente (cãibras nos gêmeos após o exercício)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Neuropatia periférica (problemas de nervos causando dormência, sensação de formigamento ou calor/ardor)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Gangrena (necrose isquêmica)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Úlceras no pé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Pé de atleta ou infecção causada por fungos nos pés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2. Já foi submetido a alguma das seguintes intervenções ou tratamentos?

Por favor coloque apenas uma cruz em cada linha.

Olhos/visão	Sim	Não	Não sei
Cirurgia às cataratas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Tratamento a laser	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Outro (especifique) _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Coração/problemas circulatórios	Sim	Não	Não sei
<i>Bypass</i> coronário (cirurgia de tórax aberto)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Angioplastia coronária	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Cateterismo cardíaco	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Problemas com os pés ou pernas, se já foi submetido/a a uma amputação	Sim	Não	Não sei
Dedos dos pés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Parte do pé (ou pés)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Perna, abaixo do joelho	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Perna, acima do joelho	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Secção 5 – QUALIDADE DE VIDA

As perguntas que se seguem referem-se aos seus sentimentos e aos efeitos que a sua diabetes pode ter na sua vida. Por favor responda a cada pergunta marcando o quadrado correspondente à resposta que melhor o/a descreve a si e à sua diabetes. Tenha o cuidado de só marcar um quadrado em cada pergunta.

	Sempre	Geralmente	Às vezes	Nunca
1. Sente-se controlado/a pela sua alimentação?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2. Ter diabetes significa que é difícil sair até tarde?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Ter diabetes significa que a sua vida diária está dependente do horário das refeições?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Evita sair quando o seu açúcar está baixo?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Tem problemas em seguir a dieta porque come para se animar?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Perde a cabeça quando as pessoas insistem em que faça os testes de controlo do açúcar e siga a dieta?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Tem problemas em manter a dieta por ter dificuldade em recusar alimentos de que gosta?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

	Muitíssimo mais	Muito mais	Um pouco mais	Nada
8. Há mais discussões ou aborrecimentos em casa do que haveria se não tivesse diabetes?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

	É muito fácil	É bastante fácil	Não é muito fácil	Não é nada fácil
9. Quando começa a comer, com que facilidade consegue parar?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
10. Quantas vezes come qualquer coisa extra quando se sente aborrecido/a?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

	Muitíssimo	Muito	Pouco	Nada
11. Tem receio de apanhar uma constipação ou gripe, por causa da sua diabetes?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

	Gostaria muitíssimo	Gostaria muito	Gostaria pouco	Não gostaria
12. Gostaria que não houvesse tantas coisas boas para comer?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

	Muitíssimo	Muito	Pouco	Nada
13. Assusta-o/a ou preocupa-o/a entrar em lojas com muito movimento ou cheias de gente?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14. Fica nervosa/a quando não está em casa e não encontra nenhum sítio onde comer?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

	Muito frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Nunca
15. Fica deprimido/a ou “em baixo” por causa da sua diabetes?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
16. A sua diabetes fá-lo/a perder a cabeça ou gritar?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
17. Fica suscetível, irritado/a ou de mau humor por causa da diabetes?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
18. Perde a calma por coisas sem importância?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Por baixo de cada título, assinale o quadrado que descreve melhor como a sua saúde está HOJE.

19. Mobilidade

<u>Não</u> tenho problemas em andar	<input type="checkbox"/> ₁
Tenho problemas <u>ligeiros</u> em andar	<input type="checkbox"/> ₂
Tenho problemas <u>moderados</u> em andar	<input type="checkbox"/> ₃
Tenho problemas <u>graves</u> em andar	<input type="checkbox"/> ₄
Sou <u>incapaz</u> de andar	<input type="checkbox"/> ₅

20. Cuidados pessoais

<u>Não</u> tenho problemas em me lavar ou vestir	<input type="checkbox"/> ₁
Tenho problemas <u>ligeiros</u> em me lavar ou vestir	<input type="checkbox"/> ₂
Tenho problemas <u>moderados</u> em me lavar ou vestir	<input type="checkbox"/> ₃
Tenho problemas <u>graves</u> em me lavar ou vestir	<input type="checkbox"/> ₄
Sou <u>incapaz</u> de me lavar ou vestir sozinho/a	<input type="checkbox"/> ₅

21. Atividades habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

<u>Não</u> tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/> ₁
Tenho problemas <u>ligeiros</u> em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/> ₂
Tenho problemas <u>moderados</u> em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/> ₃
Tenho problemas <u>graves</u> em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/> ₄
Sou <u>incapaz</u> de desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/> ₅

22. Dor/Mal-estar

- | | |
|---|---------------------------------------|
| Não tenho dores ou mal-estar | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Tenho dores ou mal-estar <u>ligeiros</u> | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Tenho dores ou mal-estar <u>moderados</u> | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Tenho dores ou mal-estar <u>graves</u> | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Tenho dores ou mal-estar <u>extremos</u> | <input type="checkbox"/> ₅ |
-

23. Ansiedade/Depressão

- | | |
|---|---------------------------------------|
| Não estou ansioso/a ou deprimido/a | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Estou <u>ligeiramente</u> ansioso/a ou deprimido/a | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Estou <u>moderadamente</u> ansioso/a ou deprimido/a | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Estou <u>gravemente</u> ansioso/a ou deprimido/a | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Estou <u>extremamente</u> ansioso/a ou deprimido/a | <input type="checkbox"/> ₅ |
-

24. Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.

A escala está numerada de 0 a 100.

100 significa a melhor saúde que possa imaginar

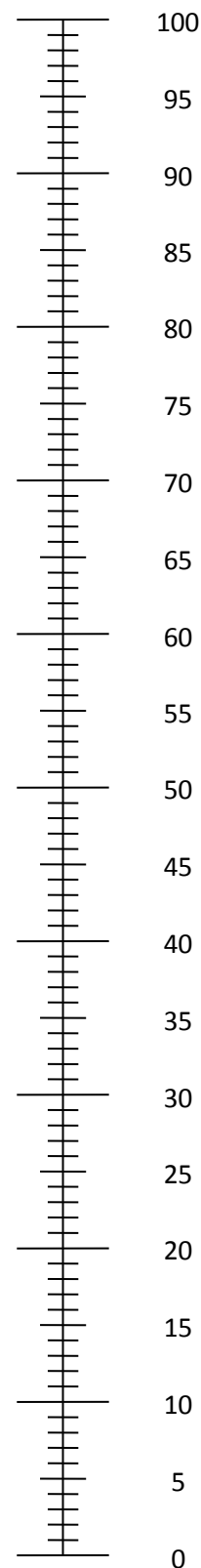
0 significa a pior saúde que possa imaginar.

Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.

Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Secção 6 – DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Por fim, agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

25. Qual é o seu sexo? ☐₁ Feminino ☐₂ Masculino

26. Qual é a sua idade? anos

27. Qual é a sua situação familiar?

- ☐₁ Casado/a com registo
- ☐₂ Casado/a sem registo – união de facto
- ☐₃ Solteiro/a
- ☐₄ Viúvo/a
- ☐₅ Divorciado/a
- ☐₆ Separado/a

28. Que grau de ensino é que completou?

- ☐₁ Não sabe ler nem escrever
- ☐₂ Só sabe ler e escrever
- ☐₃ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- ☐₄ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- ☐₅ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- ☐₆ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- ☐₇ Ensino Médio
- ☐₈ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

**MUITO OBRIGADO POR NOS TER AJUDADO A PREENCHER
ESTE QUESTIONÁRIO.**

**ANEXO II- Autorização concedida para a utilização da escala EQ-5D-5L e
DHP-18**



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 17 de junho de 2014

Ex.ma Senhora Enfermeira:

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição EQ-5D-5L (*EuroQol Group*), um instrumento de autoadministração para medir o estado de saúde no momento do preenchimento.

A validação do EQ-5D e a obtenção dos valores normais para a população portuguesa encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port* 2013 Nov-Dec;26(6):664-675.
- Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. The valuation of the EQ-5D in Portugal. *Qual Life Res.* 2014; 23(2): 413-423.
- Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res.* 2014; 23(2): 425-430.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 17 de junho de 2014

Ex.ma Senhora Enfermeira:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento de medição Perfil de Saúde do Diabético (DHP - *Diabetes Health Profile*) no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar, cuja cópia envio em anexo.

A validação do DHP-32 e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Neves C. Qualidade de vida e diabetes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2002; 18: 402-8.
- Ferreira PL, Neves C. O Perfil de Saúde do Diabético. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Diabetologia* 2002; 6: 10-17.
- Neves C, Carvalheiro M, Ferreira PL. Qualidade de vida em pessoas com diabetes mellitus. *Arquivos de Medicina* 2002; 16 (4/5/6): 200-210.
- Neves C. *A qualidade de vida nas pessoas com diabetes mellitus*. Dissertação. Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2000.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507